2019度がん診療連携 医療従事者研修

**がん看護研修＜基礎編＞申込書**

申込書に必要事項をご記載の上、施設ごとにまとめて

メール([hqcnec@belle.shiga-med.ac.jp](mailto:hqcnec@belle.shiga-med.ac.jp))または、FAX 077-548-3671

にて、ご送付お願いいたします。

施設名：

代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名：

連絡先(電話番号)：　　　　　　　　　　　　　　　　(FAX番号)：

**※全ての受講を希望される場合は 一括申込 欄に○印をつけてください**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| お名前 | **一括申込** | 希望される開催回に○をつけてください。 | | | | | |
| **5／19**  （日） | **６／9**  （日） | **6／23**  （日） | **7／7**  （日） | **7／21**  （日） | **8／4**  （日） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

# 申込締切：各研修の1週間前までにお申し込みください。

# 一括申込の場合は、　5/10　(金)までにお申し込みください。

【お問い合わせ】　　　滋賀医科大学附属病院　看護臨床教育センター　　　　　　TEL:077-548-3578

2019年度がん診療連携 医療従事者研修

**がん看護研修＜演習編＞申込書**

申込書とがん看護研修＜基礎編＞受講証のコピーを

下記申込先に郵送、　または、メール ([hqcnec@belle.shiga-med.ac.jp](mailto:hqcnec@belle.shiga-med.ac.jp))

にて、ご送付お願いいたします。

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部署名：

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　看護師経験年数：

受講決定通知送付先：　　　自宅　　・　　　職場　　　※希望する送付先に○をお付け下さい

（住所）〒

(電話番号)

(E-mail)

**※全ての受講を希望される場合は 一括申込 欄に○印をつけてください**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **一括申込** | 希望される開催回に○をつけてください。 | | | |
| **9／22**  （日） | **10／20**  （日） | **11／10**  （日） | **12／15**  （日） |
|  |  |  |  |  |

# 

# 申込締切：2019年8月9日（金）までにお申し込みください。

【申し込み・お問い合わせ先】

〒520-2192　滋賀県大津市瀬田月輪町

　 滋賀医科大学附属病院　看護臨床教育センター　　　　　　TEL:077-548-3578

　　　　　　　 「がん看護研修」担当　宛