

FAX 送付先 : 059-347-3511 (県立総合医療センター 地域連携課)

専門・認定看護師 講師依頼用紙

| | |
|---------------------------|--|
| 依頼日 | 年 月 日 |
| 依頼者 | |
| 依頼者住所 | 〒 |
| 依頼者連絡先 | (TEL) (FAX) (メール) |
| 実施場所 | 名称 : 住所 : 電話番号 : |
| 希望実施日時 | 第1希望 : 年 月 日 時 分 ~ 時 分 第2希望 : 年 月 日 時 分 ~ 時 分 第3希望 : 年 月 日 時 分 ~ 時 分 |
| 希望する分野 および講師 | 分野 : 講師 : |
| 講師の選定理由、 希望する研修テ ーマ | |
| 対象者 | 職種 : |
| 開催方法 | 人数 : 名程度 Web 開催・対面・どちらでもよい (該当に○をつけてください) |
| 講師料 | |
| 交通費 | |