

仙台オープン病院『オープン出前講座』申込書

申込年月日	令和 年 月 日 ()		
医療機関名			
住 所			
院長名			
担 当 者 (連絡先)	氏 名		
	電 話	()	FAX ()
	E-mail		
希 望 講 座	<small>※希望内容にレをつけてください。複数にレがある場合は、いずれかの内容で調整させていただきます</small> <input type="checkbox"/> 認定看護管理 <input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> 認知症看護 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害看護 <input type="checkbox"/> 慢性心不全看護 <input type="checkbox"/> 集中ケア <input type="checkbox"/> 手術看護 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> がん化学療法看護 <input type="checkbox"/> がん性疼痛看護		
	<small>※特に希望する講座のテーマをお書きください。</small>		
希 望 日 時	第1希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	第2希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	第3希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
開 催 場 所	<small>※どちらかに○をつけてください。</small> <div style="text-align: center; font-weight: bold;">貴施設 ・ 仙台オープン病院</div>		
参加予定人数	約 人		
掲 載 可 否	当院ホームページ・広報誌等への掲載 (顔写真等も含まれます)		可 ・ 不可
備 考	<small>※その他ご質問等がありましたら、お書きください。</small>		

必要事項をご記入のうえ、郵送またはFAXでお申し込みください。

◎お問い合わせ先
 仙台オープン病院 総合サポートセンター 地域医療連携室
 〒983-0824 仙台市宮城野区鶴ヶ谷5丁目22番1 仙台オープン病院内
 電話:022-252-5755 FAX:022-252-1126
 E-mail:renkei2@openhp.or.jp