

# 看護セミナー 参加申込用紙

宛先：国家公務員共済組合連合会 浜の町病院

地域医療連携課：担当 大久保志保

FAX：092-716-7563 までお送り下さい

参加ご希望の方は、下記に施設名・氏名・連絡先を記入してください。

お申込みと同時に受講決定となります。募集定員 180 名です。

施設名：\_\_\_\_\_

連絡先代表者氏名：\_\_\_\_\_ 連絡先電話番号：\_\_\_\_\_

- ① 「看取りの時期の看護」 ② 「心不全患者の療養支援」のうち参加を希望される  
テーマに○をつけてください。なお、参加証発行希望される方は「要・否」の欄に  
○をつけてください。

| 参加者氏名 | 参加希望テーマ          | 参加証 |
|-------|------------------|-----|
|       | ①のみ ・ ②のみ ・ ①②両方 | 要・否 |
|       | ①のみ ・ ②のみ ・ ①②両方 | 要・否 |
|       | ①のみ ・ ②のみ ・ ①②両方 | 要・否 |
|       | ①のみ ・ ②のみ ・ ①②両方 | 要・否 |

- ※ 用紙が不足する場合は、お手数ですがコピーをしてご利用ください。
- ※ 変更・取り消しの場合には、送信した申込み用紙に加筆・修正をして FAX してください

**締め切りは 8月30日(水) 17:00 必着 お願い致します**

【問い合わせ先】国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 地域医療連携課

TEL：092-721-9991 訪問看護認定看護師 大久保志保

今回のテーマに関連したことでお聞きになりたいこと、普段お困りのことがあれば下欄へお書きください。  
セミナーの参考にさせていただきます。

|              |  |
|--------------|--|
| 「看取りの時期の看護」  |  |
| 「心不全患者の療養支援」 |  |