

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 100 名です。

施設名：_____

連絡先代表者氏名：_____ 連絡先電話番号：_____

- ① 「高齢者の糖尿病治療と在宅支援」
② 「慢性呼吸器疾患患者への急性増悪予防とそのケア～呼吸介助をマスターしよう～」
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 2月28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。

「高齢者の糖尿病治療と在宅支援」	
「慢性呼吸器疾患患者への急性増悪予防とそのケア～呼吸介助をマスターしよう～」	