

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。

※先着順で定員になり次第締め切らせていただきます。定員100名です。
お申込みと同時に受講決定となります。お断りする場合のみご連絡差上げます。

施設名：_____

連絡先代表者氏名：_____

連絡先電話番号：_____

- ① 「脆弱な皮膚のスキンケア」：高齢者の脆弱な皮膚を守る為に私たちにできること
 - ② 「病院と在宅をつなぐストーマケア」：症例を通してストーマケアを考える
 - ③ 「病院機能に合わせた退院支援」：病院機能を知って病院と在宅の連携を強化する
- 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 ・ ③のみ ・ 全部	要・否
	①のみ ・ ②のみ ・ ③のみ ・ 全部	要・否
	①のみ ・ ②のみ ・ ③のみ ・ 全部	要・否
	①のみ ・ ②のみ ・ ③のみ ・ 全部	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31日(金) 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。

脆弱な皮膚のスキンケア	
病院と在宅をつなぐストーマケア	
病院機能に合わせた退院支援	