

令和元年度 大阪市立総合医療センター 小児医療センター主催 小児がん看護研修 申込用紙

- 日 時 令和元年11月9日(土) 10:00~16:00(9:30より受付)
- 場 所 都島センタービル7階 シミュレーションルーム
- 対 象 ①近畿ブロック内の小児がんを診療する施設(訪問看護STも可)に携わる者
(看護師、保育士、心理士、社会福祉士などのコメディカル)
②小児看護経験1年以上で、小児がんに関わっている、もしくは関わりたいと考えている者
- 定 員 50名程度
- 参加費 無料
- 申し込み 申込用紙に必要事項をご記入のうえ、**令和元年10月18日(金)**までに郵送かFAXで事務局にお申し込みください。申込締切以降のお申し込みは、事務局までお問い合わせください。

施設名					
施設住所	〒 _____				
施設電話番号					
かな 参加者氏名		職 種		小児看護 経験年数	年
かな 参加者氏名		職 種		小児看護 経験年数	年
かな 参加者氏名		職 種		小児看護 経験年数	年
かな 参加者氏名		職 種		小児看護 経験年数	年
かな 参加者氏名		職 種		小児看護 経験年数	年

申込先 (事務局)	<input type="checkbox"/> 郵送 〒534-0021 大阪市都島区都島本通2丁目13番22号 大阪市立総合医療センター 医事課(患者相談担当) 鈴木・後藤 宛
	<input type="checkbox"/> FAX 06-6929-0886