

FAX 送付先 : 059-347-3511 (県立総合医療センター 地域連携課)

専門・認定看護師 講師依頼用紙

依頼日	年 月 日
依頼者	
依頼者住所	〒
依頼者連絡先	(TEL) (FAX)
実施場所	名称 : 住所 : 電話番号 :
希望実施日時	第1希望 : 年 月 日 時 分 ~ 時 分 第2希望 : 年 月 日 時 分 ~ 時 分 第3希望 : 年 月 日 時 分 ~ 時 分
希望する分野 および講師	分野 : 講師 :
講師の選定理由、 希望する研修テ ーマ	
受講対象者	職種 : 人数 : 名程度 年齢 : 歳から 歳
講師料・交通費	