

介護施設等で勤務する看護職者の研修 申込書

※申込期限：研修開催日の 1 週間前

	第一回	第二回	第三回
受講希望 研修	1.利用者側からの ハラスメント対策 2.転倒・誤嚥に関する 法的責任	介護施設等における 摂食・嚥下ケア	介護施設等における 介護事故予防と対応
	<input type="checkbox"/> 7月31日(金)	<input type="checkbox"/> 北部・中部地区 (7/4・土) 中頭病院	<input type="checkbox"/> 北部・中部地区 (10/31・土) 中頭病院
	<input type="checkbox"/> 7月31日(金) 沖縄県看護研修 センター	<input type="checkbox"/> 宮古地区 (7/18・土) 宮古島徳洲会病院	<input type="checkbox"/> 宮古地区 (11/14・土) 宮古島徳洲会病院
		<input type="checkbox"/> 南部地区 (8/8・土) 大浜第一病院	<input type="checkbox"/> 南部地区 (11/21・土) 大浜第一病院
		<input type="checkbox"/> 八重山地区 (8/22・土) かりゆし病院	<input type="checkbox"/> 八重山地区 (12/5・土) かりゆし病院
	※地区をチェック	※地区をチェック	

(フリガナ) 氏名			
職種	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 准看護師	実務経験 (通算)	年
入会の有無	<input type="checkbox"/> 会員 (会員番号) <input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 非会員		
施設名	施設名： 所在地：〒 電話番号：		
申込先	(FAX) 098-888-3126		