令和元年度精神科看護公開研修会　受講申込書

|  |
| --- |
| お問い合わせ担当者　長崎県精神医療センター　岩見　悦子　　　　　　　　Tel：0957-53-3103　内線(254)Fax：0957-52-2401Email:ojoh-iwami@nagasaki-hosp-agency.or.jp |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 連絡先（勤務先で結構です） | 住所　〒　　　－TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　 |
| 優先順位 | 　　　　　　　１ | 　　　　　　　　２ |
| 氏　　名 | （ふりがな） | （ふりがな） |
| 年　　齢 | 歳 | 　　　　　　　　　歳　 |
| 性　　別 | 男　　　女 | 　　　　男　　　　女　 |
| 看護師経験年数 | 年　 | 　　　　　　　　　年 |
| 精神科経験年数 | 年 | 　　　　　　　　　年 |
| 現在勤務する病棟 | 一般精神急性期老人思春期アルコール・薬物その他（　　　　　　　　　） | 一般精神急性期老人思春期アルコール・薬物その他（　　　　　　　　　） |
| 　研修会参加の動機 |  |
| その他研修会での要望 |  |

長崎県精神医療センター

ＦＡＸ　0957-52-2401

申込み期間：令和元年9月9日（月）～10月11日（金）

　　申込み締め切り後に受講決定をFaxでお知らせいたします。