平成29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　上野　恵美子  　Tel：0957-53-3103　内線(254)  Fax：0957-52-2401  Email: e-ueno@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 | 才 | 才 |
| 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 重心 アルコール・薬物 その他（　　　　　　　　　） | 一般精神 急性期 老人 重心 アルコール・薬物 その他（　　　　　　　　　） |
| 研修会参加の動機  現場で困っていることなど |  | |
| その他 |  | |

長崎県精神医療センター

ＦＡＸ　0957-52-2401

申込み期間：平成29年7月3日（月）～8月4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。