

CVPPP研修会参加申込書

長崎県精神医療センター

F A X 0957-52-2401

施設名	
連絡先 (勤務先で結構です)	住所 〒 _____ TEL _____ FAX _____
氏 名	(ふりがな)
年 齢	才
性 別	男 女
身長	cm
看護師経験年数	年
精神科経験年数	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 ()
その他	

※ この内容は連絡及び、演習時のグループ分けに参考とするものです。

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(359)

Fax : 0957-52-2401

Email: e-ueno@nagasaki-hosp-agency.or.jp