大館市立総合病院　看護部　教育担当　宛

FAX　0186-42-2055

認定看護師　研修講師依頼書

太枠内の記載をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　） |
| 申込み研修 |  |
| 依頼施設名 |  |
| 依頼担当者名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 | （問い合わせ可能な曜日・時間帯をお知らせ下さい） |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| 研修の希望について | テーマ |  |
| 内容 | （～について講義、～について演習、など） |
| 対象者 | （職種、人数） |
| 日時 |  |
| 場所 |  |
| 講師料 |  |
| 交通費 |  |
| 要望等 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 決定事項 |  |

院内使用欄