

# 平成29年度 がん看護研修会受講申込書

公益社団法人佐賀県看護協会

平成 年 月 日記入

施設優先順位

ふりがな 受講者氏名						(男・女)				
生年月日		西暦 年 月 日 (歳)								
所属施設	施設名	設置主体( )								
		TEL	FAX							
	所在地	〒								
病床規模	1. 500床以上	2. 499~400床	3. 399~300床	4. 299~200床	5. 199~150床	6. 149~100床	7. 99~20床	8. 19~1床	9. 無床	10.その他( )
職位	有	1. 師長級	2. 副師長または主任級	3. その他( )	無					
職種	1. 保健師	2. 助産師	3. 看護師	4. 準看護師						
経験年数	臨床経験年数( )年			がん看護の実務経験年数( )年						
佐賀県看護協会	1. 会員(佐賀県看護協会会員番号 )						2. 非会員			
現在経験している内容	1. がん化学療法と看護 2. 薬物を用いたがん性疼痛のコントロールと看護 3. がん放射線療法と看護 4. 乳がん患者の看護 5. がん患者の終末期の看護 6. がん患者の在宅での看護 7. その他( )									
がん看護に関する あなたの課題 (箇条書き・簡潔に)										

\*該当する番号に○を付けて下さい。

\*申込みで得た情報は、名簿作成に利用します。研修会終了後はシュレッダーにかけ廃棄いたします。

\*受講者氏名ふりがなの書き忘れにご注意ください。

