

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					
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. 准看護師			
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。

