

脳卒中地域連携施設研修会の申し込み表

脳卒中患者の急性期・回復期・維持期での治療・看護・訓練・介護等の見学

貴施設名			
氏名 ()	職種 ()		
性別 ()	経験年数 (資格取得後 年)		
希望日を○で囲んで下さい 1日目のみ ・ 2日目のみ ・ 2日間	1日目	第3木曜日(/)	9時30分～16時30分
	2日目	第3金曜日(/)	9時30分～16時30分
昼食について 1日目の昼食は、ランチョンミーティングを予定しております。 お弁当は担当施設で準備いたしますが、代金500円は、当日、受付で徴収させていただきます。			
研修に参加するにあたって 質問したいこと・気になること・学びたいことなどを <u>必ずご記入ください</u>			
研修を終えて(まとめ) 研修前の気になることや学びたいことは解決しましたか？ 研修を終えての感想や今後自施設で活かしたいことなどありましたら記入してください。			

FAX送信先:0957-63-6544(島原病院地域医療支援センター直通)

平成27年8月改訂