令和元年度 鹿児島脳卒中看護エキスパートナース研修申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名（フリガナ) | 年齢 | 臨床経験年数 | 脳卒中経験年数 | 施設名 |
|  |  |  |  |  |
|  |
| 実習病棟の希望を優先順に（1.2.3.）と記入 | （　　　　）ICU　　（　　　　）SCU　　（　　　　）脳血管内科　　　脳神経外科病棟 |

研修の受講動機と自己課題（６００字程度）

|  |
| --- |
| 　 |

申込期限：令和元年10月16日（水）

申込み先：鹿児島医療センター　教育担当師長　松本深雪　宛

Ｅメールでお申込みください。

　　　　　E-mail：matsumoto.miyuki.zp@mail.hosp.go.jp

※申込書は、鹿児島医療センターホームページよりダウンロードできます。