

富山県看護協会訪問看護ネットワークセンター 行

FAX : 076-431-0227

**令和 2 年度訪問看護・医療機関相互研修事業 申込書**

病院名				
担 当	役職		氏名	
連絡先	TEL		FAX	
	mail			

**1 病院看護師出向研修事業**

開始希望月	令和 2 年 ____ 月頃
希望期間	____ ヶ月間
派遣先の希望	

**2 病院看護師の研修受入事業**

開始希望月	令和 2 年 ____ 月頃
希望期間	____ ヶ月間
派遣先の希望	

**3 訪問看護師スキルアップ研修事業**

開催希望月	令和 2 年 ____ 月頃
募集定員	____ 名程度
研修内容	

締切：4月15日（水）必着