**2025年度　東京都済生会中央病院　看護研修　申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **〇印（参加）** | **開催日** | **テーマ** | **担当領域** |
|  | **第１回** | **9⽉19⽇(⾦)** | **呼吸** | **救急看護・集中ケア看護** |
|  | **第２回** | **10⽉24⽇(⾦)** | **循環** | **救急看護・集中ケア看護** |
|  | **第３回** | **11⽉21⽇(⾦)** | **意識** | **脳卒中リハビリテーション看護・精神看護** |

◎希望をする回に〇印をつけ、下記をご記入の上、メールまたはFAXでお申し込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **氏名（経験年数）** |  | **経験年数** |
| **メールアドレス連絡先** |  |

◎お申し込み後、確認メールと研修の案内をお送りいたします。

連絡がない場合は、大変お手数ですが、下記までご連絡ください。

**お申込み・お問い合わせ**

**【東京都済生会中央病院 看護部管理室】**

**TEL：03-3451-8211（代表）平日8：30～17：00**

**FAX：03-3452-8123**

**Mail :** **kangobu@saichu.jp**