

**福岡県訪問看護ステーション連絡協議会
平成 27 年度全体研修会参加申込用紙**

△と き 平成 28 年 4 月 16 日（土）14：30～16：00

△ところ 福岡県医師会館 5 階研修室

【参加者】

参加者氏名	職 種

※記入欄が不足する場合は、本用紙をコピーしてご使用ください。

○ご出欠の有無に関わらず、よろしければ、下記アンケートにご協力ください。

1. 今後の研修会にて、聞きたいテーマ・講師等についてお聞かせください（複数回答可）

認知症 ・ ターミナルケア ・ 小児 ・ 難病 ・ 精神 ・ 医療機関、医師等との連携 ・ その他
〔 要望、現在困っていること、知りたいこと等ございましたら、ご自由にお書きください。 〕

2. 研修会の開催曜日について望ましいもの

平日 土曜日 日曜日

3. 研修会の開始時刻について望ましいもの

午前中 14：00 15：00 16：00 17：00 18：00 19：00

事業所名称： _____

ご担当者氏名： _____

ご連絡先： _____

【申込先】

福岡県訪問看護ステーション連絡協議会 事務局宛

FAX：092-411-6858