

(本紙のみ送付してください 送り状不要)

水戸医療センター

地域医療連携センター長補佐 藤平 宛

FAX番号 029-240-7795 (直通)

令和元年 公開講座 がん化学療法研修 申込用紙



申し込み日 月 日

■希望する研修に○印をつけて下さい。

希望に ○印	開始時間	講義名	内容
	9:45~	がん化学療法看護	副作用マネジメント
	10:25~	がん化学療法看護	副作用マネジメント
	11:10~	主要な疾患のがん化学療法	呼吸器内科
	13:00~	がん化学療法看護	事例から見るセルフケア・意思決定
	14:00~	主要な疾患のがん化学療法	血液内科
	15:00~	臨床薬理	患者適応する薬剤について
	16:00~	主要な疾患のがん化学療法	消化器内科
	16:50~	血管確保やCVポートに関する知識の習得・技術トレーニング	
	17:15~	主要な疾患のがん化学療法	乳腺外科

■研修申込み者

氏名	ふりかな 氏名
職種	薬剤師 ・ 看護師 ・ 他
施設名	
連絡先	電話番号：
その他の連絡先	
ご質問等がありましたらご記入ください。	

【申し込み・問い合わせ】

水戸医療センター 地域医療連携センター長補佐 藤平 達朗

FAX 029-240-7795 (直通)

TEL 029-240-7785 (直通)

※この用紙は個人情報が含まれるため、研修終了後に速やかに当院で破棄いたします。