

(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 大橋 義弘 宛

FAX番号 029-240-7795 (直通)

令和3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
	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	ふりがな 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 大橋 義弘

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。

※ソーシャルディスタンスに注意しながら実施いたします。

※必ずマスク着用でご参加ください。

※当日、健康チェック（体温測定等）をさせていただきます。場合によっては受講できない場合もございますのでご了承ください。