**（本紙のみ送付してください　　送り状不要）**申し込み日　　　月　　　日

令和４年　公開講座　がん化学療法研修　申込用紙

開催日　令和４年７月２９日（金曜日）　９時３０分～

申し込み締め切り日　　令和４年７月２６日（火曜日）

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）**

■希望する研修に○印をつけて下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加希望に　○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～ | 臨床薬理 | 抗がん剤取り扱い上の注意 |
|  | 14:00～ | 主要な疾患のがん化学療法 | 血液内科 |
|  | 14:40～ | 主要な疾患のがん化学療法 | 消化器内科 |
|  | 15:30～ | 主要な疾患のがん化学療法 | 泌尿器科 |
|  | 16:00～ | 主要な疾患のがん化学療法 | 耳鼻咽喉科 |
|  | 16:40～ | がん化学療法看護 | 講義・事例検討 |
|  | 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　　　　　　　　 | 看護師　・　薬剤師　・　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。