

(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。