**2023年度　滋賀県がん診療連携　医療従事者研修**

**がん看護研修（演習編）　申込書**

施設（部署）名：　　　　　　　　　　　　　　　代表者名：

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

お申し込み代表者（複数の場合）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **優先順位** | **お名前** | **臨床****経験年数** | **がん看護研修****（基礎編）****修了年度／研修場所** | **受講決定** |
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**申込み先：滋賀県立総合病院　看護部**

**メールアドレス：****nb0103@pref.shiga.lg.jp**

**申込み期間：　2023年7月10日～７月21日12時**

**【お問い合わせ】滋賀県立総合病院　看護部　☎　077-582-5031**