

岩見沢市立総合病院FLSチーム講師派遣依頼申込書

施設名・担当者

	担当者	
--	-----	--

電話番号		メールアドレス	
------	--	---------	--

研修会・勉強会日時

第一 希望日	年 月 日 時 分 研修会・勉強会開始 (FLSチーム勉強会時間 時 分間程度)
	研修場所：
第二 希望日	年 月 日 時 分 研修会・勉強会開始 (FLSチーム勉強会時間 時 分間程度)
	研修場所：
第三 希望日	年 月 日 時 分 研修会・勉強会開始 (FLSチーム勉強会時間 時 分間程度)
	研修場所：

勉強会内容

講師職種	<input type="checkbox"/> 整形外科医師	<input type="checkbox"/> 管理栄養士	<input type="checkbox"/> 理学療法士
	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 薬剤師

事例検討	有 ・ 無 (有の場合職種をご記入下さい)		
	<input type="checkbox"/> 整形外科医師	<input type="checkbox"/> 管理栄養士	<input type="checkbox"/> 理学療法士
	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 薬剤師

その他	ご要望等がございましたら、お書きください。
-----	-----------------------

注意事項

- ※当院では勉強会の主催は行いません。
- ※研修会・勉強会の案内がございましたら当院へ提供してください。
- ※講師派遣に係る料金は要相談となります。
- ※申込書提出後にFLSチーム事務局より連絡しますので、よろしくお願い致します。
- ※講師を行うには依頼文が必要となりますので、当院へ提出してください。

注意事項を確認の上、勉強会講師について依頼します。

提出先：岩見沢市立総合病院整形外科外来又は担当者まで