

令和8年度 佐賀県がん看護研修会受講申込書
(5日間コース)

公益社団法人佐賀県看護協会

令和 8年 月 日記入

施設優先順位

ふりがな 受講者氏名				(男・女)	
生年月日	西暦	年	月	日 (歳)	
所属施設	施設名	設置主体()			
		TEL	FAX		
	所在地	〒			
	病床規模	1. 500床以上	2. 499～400床	3. 399～300床	4. 299～200床
		5. 199～150床	6. 149～100床	7. 99～20床	8. 19～1床
		9. 無床	10. その他()		
職位	有	1. 師長級	2. 副師長または主任級	3. その他()、	無
職種	1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師				
経過年数	臨床経過年数()年		がん看護の実務経過年数()年		
佐賀県看護協会	1. 会員(佐賀県看護協会会員番号)			2. 非会員	
現在経験している内容	1. がん薬物療法と看護		2. がん性疼痛コントロールと看護		
	3. がん放射線療法と看護		4. 乳がん患者の看護		
	5. がん患者の終末期の看護		6. がん患者の在宅看護		
	7. がんリハビリテーション		8. その他 ()		
がん看護に関する あなたの課題 (箇条書き・簡潔に)					
推薦者	役職	氏名		印	

*該当する番号に○を付けて下さい。

*申込みで得た情報は、名簿作成に利用します。研修会終了後はシュレッダーにかけ廃棄いたします。

*受講者氏名ふりがなの書き忘れや書き間違い、必要事項の書きもれがないようご注意ください。