　　　　地域貢献看護管理研修申込用紙

看護管理者研修

**患者の意思決定を尊重し支えるアドバンス・ケア・プランニング**

施設名：

　　　　　連絡先：　　　　（　　　）　　　　　　　内線（　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 役　　職 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**申し込み締切：平成29年 8月31日(木)**

**連絡先：**　**ＦＡＸ　０９７－５８６－６１３5**

**ＴＥＬ　①０９７－５８６－６１３７**

**②０９７－５８６－６１３２**