

長野県がん化学療法看護研修 参加申込書

氏名 _____

郵便番号 _____

住所（施設・自宅）

TEL _____

FAX _____

Email _____
（受講決定後、本メールアドレスに確認の連絡を致します。）

施設名・所属 _____

臨床経験 _____ 年

<事前アンケート>

1. 貴施設では看護師が抗がん剤の調製を行っていますか。

はい（常時・週に _____ 回程度） ・ いいえ

2. 貴施設では抗がん時の曝露対策に取り組まれていますか。（自由記載）

（例：曝露対策の研修、閉鎖式点滴器材の使用、抗がん剤投与時のPPE使用、抗がん剤の曝露に対する患者説明など）

3. 今回のがん化学療法看護研修で特に学びたいことがございましたら、自由にご記入ください。

連絡先：

信州大学医学部附属病院 医療支援課医療連携係

TEL 0263-37-3391 _____ FAX 0263-37-2854 _____

E-Mail sca@shinshu-u.ac.jp _____