

他施設看護職員受入研修参加申込書

お申込先：焼津市立総合病院（地域医療連携室）

F A X : 0 5 4 - 6 2 3 - 9 4 2 4

施設名	
申込代表者	氏名
連絡先	TEL : F A X :

(ふりがな) 受講希望者氏名	年齢	性別	看護師 経験年数	受講希望日	研修名
				月 日	
				月 日	
				月 日	
				月 日	
				月 日	

必要事項をご記入の上、F A Xにてお申し込みください。

申込受付期間は、研修実施日の2週間前までにお願いします。