

院外用

三次地区看護ケアオープン研修会 参加申込書

6月8日までにFAXでお申し込み下さい

ご施設名() 所属部署名()

連絡先 TEL番号 0824-()-() 内線()

参加者で代表して下さる方のお名前()

※資料や物品等の準備の関係で、参加者の増減について変更があれば研修会の前日までにご連絡ください

	御芳名	職種名 該当に☑してください	参加希望の 研修番号 (複数記載可)	研修に関して ご希望やご質問が あればご記載下さい
1		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()		
2		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()		
3		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()		
4		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()		
5		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()		

市立三次中央病院 看護部 三苦・小田宛(FAX 0824-65-0150)