

2024年度 市立三次中央病院看護ケアオープン研修会 参加申込書

8月2日(金)までに下記FAXにお申し込み下さい

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()	
研修後に資料を希望される方、⑨⑩の研修を申し込みされる方は、メールアドレスをご記入下さい。	
Eメールアドレス:わかりやすくご記入ください。	
()	

	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)	研修方法選択 (ZOOM Or 来院)
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 ()		(ZOOM Or 来院)
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 ()		(ZOOM Or 来院)
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 ()		(ZOOM Or 来院)
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 ()		(ZOOM Or 来院)
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 ()		(ZOOM Or 来院)

市立三次中央病院 看護部 片山宛 (FAX 0824-65-0150)