

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)