

2019年 市立三次中央病院看護ケアオープン研修会
参加申込書

6月7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()

※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 三苫・大長宛 (FAX 0824-65-0150)