

平成 31 年度広島共立病院

新人看護職員公開研修参加申込書

御病院・御施設名

御担当者

所在地

Tel

Fax

研修参加の希望をご記入ください

研修月日：	研修テーマ：
-------	--------

御氏名	ふりがな	御資格 看護師・准看護師	資格習得後 何年目
		看護師・准看護師	1年未満 Or ( )年目
		看護師・准看護師	1年未満 Or ( )年目
		看護師・准看護師	1年未満 Or ( )年目
		看護師・准看護師	1年未満 Or ( )年目
		看護師・准看護師	1年未満 Or ( )年目

受講決定は折り返しご連絡させていただきます。研修開催 3 日前までには研修詳細を FAX 又は郵送にてご連絡させていただきます予定ですが、届かない場合は申し訳ありませんがご連絡くださるようお願い致します。

問い合わせ先

広島共立病院 後継者育成室

新人研修責任者 岩井 代利恵

Tel (082) 879-1111 Fax (082) 879-6964