|  |
| --- |
| **🔶　研修参加申込書（FAX）　０５３（４３５）２６２８　🔶** |
| **研修名** | **浜松医科大学医学部附属病院看護部主催****「新人看護職員研修（他施設）」** |
| **施設名** |  |
| **研修申し込み代表者名** |  |
| **代表者連絡先** | Tel： |

研修申込者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 氏名 | ふりがな | 職種該当に〇 | 研修参加日参加日に〇 |
| 保健師 | 助産師 | 看護師 | 准看護師 | 講義（配信） | 演習(対面) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |

＊複数希望の場合は, この用紙をコピーしてご使用ください。

【　問い合わせ先　】

〒431－3192

浜松市東区半田山一丁目20番1号

浜松医科大学医学部附属病院

副看護部長　　山本　明美

TEL　053（435）2627

FAX　053（435）2628