

新人看護職員研修 参加申込書

フリガナ		
施設名		
フリガナ		
申込担当者		
連絡先	TEL	
	E-mail	

番号	フリガナ	年 齡	性 別	研修日
	研修参加者氏名			
1		歳	F M	
2			F M	
3		歳	F M	
4			F M	

必要事項をご記入の上、下記メールアドレスまでお送りください。

申込受付期間は、研修実施日の2週間前までにお申し込みください。

お申込先	医療法人春秋会 城山病院 看護部
E-mail	nurse@shiroyama-hsp.or.jp



つながる看護
SHIROYAMA Nursing

城山病院記入欄

院長	看護部長	研修担当者	受付日
/	/	/	/