

送信先：FAX 093 (283) 1121

遠賀中間医師会おんが病院 看護部 亀石 千鶴 行き

平成 30 年度

新人看護職員臨床研修参加 申込書

申し込み日 平成 年 月 日

施設名	
申込代表者	
連絡先	

参加者名

NO	フリガナ 参加者氏名	年齢	看・准 の別	研修の種別 (Ⅰ,Ⅱ,Ⅲ) (いずれかに○)	参加方法 (いずれかに○)	備考
1				Ⅰ Ⅱ Ⅲ	全日程・一部 全日程・一部 全日程・一部	4/2 4/3 4/4
2				Ⅰ Ⅱ Ⅲ	全日程・一部 全日程・一部 全日程・一部	
3				Ⅰ Ⅱ Ⅲ	全日程・一部 全日程・一部 全日程・一部	
4				Ⅰ Ⅱ Ⅲ	全日程・一部 全日程・一部 全日程・一部	
5				Ⅰ Ⅱ Ⅲ	全日程・一部 全日程・一部 全日程・一部	