平成30年度　福岡大学病院外部新人看護職員臨床研修プログラム
参加申込み書（9月11日）

施設名　：

〒

所在地　：

（担当者および連絡先）

担当者　：

TEL　：

※研修受講の可否について郵送にて文書を送付いたしますので、代表者様氏名および送付先が分かるようご記入ください。

＜申込締切＞
8月17日（金）

＊9月11日（火）研修に下記の通り申し込みます。

受講申込者氏名	（ふりがな）	年齢	看護師経験年数（年目）	緊急連絡先（研修生の携帯番号等）	備考

申し込み先　：　福岡大学病院　看護部看護管理室　宛
（担当：教育担当師長　　山﨑　智美）

FAX：（092）862－8200

平成30年度　福岡大学病院外部新人看護職員臨床研修プログラム
参加申込み書（10月29日）

施設名　：

〒

所在地　：

（担当者および連絡先）

担当者　：

TEL　：

※研修受講の可否について郵送にて文書を送付いたしますので、代表者様氏名および送付先が分かるようご記入ください。

＜申込締切＞
8月17日（金）

＊10月29日（月）研修に下記の通り申し込みます。

受講申込者氏名	（ふりがな）	年齢	看護師経験年数（年目）	緊急連絡先（研修生の携帯番号等）	備考

申し込み先　：　福岡大学病院　看護部看護管理室　宛
（担当：教育担当師長　　山﨑　智美）
FAX：（092）862－8200

平成30年度　福岡大学病院外部新人看護職員臨床研修プログラム

参加申込み書（11月20日）

施設名　：

〒

所在地　：

（担当者および連絡先）

担当者　：

TEL　：

※研修受講の可否について郵送にて文書を送付いたしますので、代表者様氏名および送付先が分かるようご記入ください。

＜申込締切＞
8月17日（金）

＊11月20日（火）研修に下記の通り申し込みます。

受講申込者氏名	（ふりがな）	年齢	看護師経験年数（年目）	緊急連絡先（研修生の携帯番号等）	備考

申し込み先　：　福岡大学病院　看護部看護管理室　宛

（担当：教育担当師長　　山﨑　智美）

FAX：（092）862－8200