2019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
受講申込書（10月21日開催分）

施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（担当者および連絡先）

担当者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〒

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メール
アドレス ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※研修受講の可否についてメールにてご連絡いたしますので、代表者様（もしくは教育担当者様）氏名および
メール送付先が分かるようご記入ください。

＜申込締切＞
8月30日（金）16時まで

＊10月21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
yamatomo1212@cis.fukuoka-u.ac.jp
FAX：（092）862−8200