

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（11月13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

*11月13日（水）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 山崎 智美
yamatomo1212@cis.fukuoka-u.ac.jp
FAX : (092) 862-8200