

# 新人看護職員研修申込書

研修名			
施設名			
連絡先	住所	〒           —	
	電話番号	—       —	FAX       —       —
	代表者名		
ふりがな 参加者氏名	.....		
専門学歴	<input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 看護大学 <input type="checkbox"/> 看護短大3年 <input type="checkbox"/> 看護短大2年 <input type="checkbox"/> 看護3年課程 <input type="checkbox"/> 看護2年課程 <input type="checkbox"/> 保健師課程 <input type="checkbox"/> 助産師課程 <input type="checkbox"/> 准看護師課程		
研修希望日 時	年           月           日（       曜日）       時ごろから		
受講動機			

◎上記内容を記入し、研修2週間前までに FAX か郵便でお申込みください。

医療法人 錦秀会 阪和住吉総合病院  
看護部 教育責任者

〒558-0041 大阪市住吉区南住吉3丁目2番9号  
☎ 06-6692-1001(代) FAX 06-6606-6313