

申し込み先

FAX 0157-22-3339

北見赤十字病院主催

新人看護職員研修

申し込み書

研修会名	研修日
	2019年 月 日
	2019年 月 日
	2019年 月 日
	2019年 月 日
	2019年 月 日

ふりがな 氏名		年齢	歳	男・女
所属病院名	〒			
		電話 :	— —	
		FAX :	— —	
職種	免許取得年月日	所属病院採用年月日		
看護師	平成 年 月 日	平成 年 月 日		
保健師	平成 年 月 日			
助産師	平成 年 月 日			
准看護師	平成 年 月 日			

個人情報の取り扱い

: 本研修申し込みで得た個人情報は、研修に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。

何かご質問がありましたら、下記担当者までご連絡をお願い致します。

担当 : 北見赤十字病院 看護部 渡邊

TEL 0157-24-3115 (内線 2474)