

筑波大学附属病院看護部 倉持宛 FAX 029-853-7022

平成25年度茨城県新人看護職員研修事業申し込み書

参加研修名					
所属施設名					
連絡先 本件についてのご担当 を教えて下さい。	部署名 電話番号 ☎				
参加者氏名	看護職員種別 (看護師、 准看護師)	免許登録番号	資格試験 受験年月	看護師等学校 養成所卒業年度	受験地 (准看護師の方のみ ご記入下さい)
			H 年 月	H 年度	
			H 年 月	H 年度	
			H 年 月	H 年度	
			H 年 月	H 年度	
			H 年 月	H 年度	
通信欄					

申し込み用紙にてお申し込み頂きましたら、後日 受講決定通知を郵送させていただきます。

必用物品、時間、場所を記載しましたタイムスケジュールを同封させていただきますので、ご確認の上ご参加下さい。

なお、申込用紙には記入漏れがありませんようご記入をお願い致します。