

平成 29 年度 新人看護職員外部公開研修 お申込み書

筑波大学附属病院 看護部 石川 宛

F A X 0 2 9 - 8 5 3 - 7 0 2 2

(現場で役立つ症状への対応 用)

参加日時	第 1 回 10 月 12 日(木)胸痛 / 第 2 回 10 月 16 日 (月) 動悸 第 3 回 10 月 18 日 (水) 四肢のしびれ / 第 4 回 10 月 25 日 (水) 意識障害					
所属施設名						
連絡先 本件についてのご担当を教えてください。	部署名 ご担当者様 電話番号 F A X					
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)	参加希望日程
			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		
			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 受講の可否を郵送または F A X にて通知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等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。