

FAX送信先：施設名

新人看護職員研修担当

宛

※(送付状は不要です)

FAX：――――――

令和4年度 新人看護職員研修(他施設)受講申込書

|          |       |       |
|----------|-------|-------|
| 医療機関名    |       |       |
| 医療機関所在地  | 〒     |       |
| 連絡先 担当者名 | TEL : | FAX : |

※希望研修名をご記入下さい

|      |                   |  |
|------|-------------------|--|
| 施設名  |                   |  |
| 研修名  |                   |  |
| 研修日時 | 令和4年<br>月 日 : ~ : |  |

|   | 氏名 | 職種 |
|---|----|----|
| 1 |    |    |
| 2 |    |    |
| 3 |    |    |
| 4 |    |    |
| 5 |    |    |