**F AX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６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６年****月　　　日　　　　　　　：　　～　　　　：** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **氏　　　名** | **職　　種** |
| **１** |  |  |
| **２** |  |  |
| **３** |  |  |
| **４** |  |  |
| **５** |  |  |