

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<br>月 日 : ~ :<br>_____ |

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