

平成 29 年度 慢性呼吸器疾患看護専門研修 申込用紙

平成 29 年 月 日

以下番号に FAX、もしくは郵送してください。

発信先：神奈川県立循環器呼吸器病センター 看護局

〒236-0051

神奈川県横浜市金沢区富岡東 6-16-1

看護局内 慢性呼吸器疾患看護専門研修 担当者宛て

FAX 045-786-4770

締切り：~~平成 29 年 4 月 17 日（月）~~必着 5 月 7 日（日）まで延長いたします

施設名；			
送信者名： _____			
TEL： _____			
FAX： _____			
Mail： _____			
以下、研修申し込みをします。			
優先順位	申込者名		呼吸器疾患看護経験年数
	部署名 (診療科名)	ふりがな	
		名前	
	部署名 (診療科名)	ふりがな	
		名前	
	部署名 (診療科名)	ふりがな	
		名前	

*受講の可否は送信者宛てにご連絡いたします。

*一施設から複数申し込みがある場合は、優先順位をつけください。