

医療従事者セミナー申込書

無料

申し込み日 令和7年 月 日()

申込方法 別紙様式にご記入の上、各研修7日前までFAXにてお申込みください
水戸医療センターホームページからダウンロード

開催日	NO	研修希望テーマ
令和7年 月 日()		
令和7年 月 日()		
令和7年 月 日()		
参加者氏名	ふりかな	
	氏名	
職種	看護師 ・ 薬剤師 ・ 介護士 ・ 一般職	
施設名		
連絡先	電話番号：	
	E-mail:	
その他の連絡先	電話番号：	
	E-mail:	
ご質問等がありましたらご記入ください。		

【申し込み・問い合わせ】

水戸医療センター

〒311-3193 茨城県東茨城郡茨城町桜の郷280

FAX 029-240-7795 (直通)

TEL 029-240-7807 (直通)

担当者 地域医療連携センター 地域医療連携係長 草間 里美

[E-mail:kusama.satomi.dy@mail.hosp.go.jp](mailto:kusama.satomi.dy@mail.hosp.go.jp)

※この用紙は個人情報が含まれるため、研修終了後に速やかに当院で破棄いたします。