（本紙のみ送付して下さい　送り状不要）

水戸医療線センター看護部

副看護部長　浅川　利恵　宛

**2019年度　水戸医療センター看護公開講座　申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込み日：　　　月　　　日

以下の研修に申込みます

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修開催日 | 2019　　年　　　　月　　　　日 | |
| 研修名 |  | |
| 参加者氏名  （職種名）  例　介護士  　　看護師 | 氏名  　　　　（職種　　　　　　　） | 氏名  　　　　　　　（職種　　　　　　　） |
| 氏名  （職種　　　　　　　） | 氏名  （職種　　　 　　） |
| 氏名  （職種　　　　 　　　） | 氏名  （職種　　　　　　） |
| 連　絡　先 | | |
| 施設名 |  | |
| 連絡先電話番号 |  | |
| その他 |  | |
| 備考・通信欄（講師への質問、講義で確認したい内容、日常業務での疑問等あればご記入下さい） | | |

【申込・問い合わせ先】

　　水戸医療センター看護部　副看護部長　浅川　利恵

　　　TEL：029－240－7711（代表）　内線2005

　FAX：029－240－7788（送り状不要）

＊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。