

長崎県訪問看護サポートセンター 研修実習申込書

FAX 095-820-9240

\* 申込締切り / 6月30日(日)

1	<p>氏名 _____ 年齢 (      歳)      男 ・ 女</p> <p>住 所 _____</p> <p>電話番号 _____ —      —      メールアドレス _____</p> <p>※日程調整のご連絡をさせていただきます。 nurse-net@nagasaki-nurse.or.jp からのメールを受信できるようにして下さい。</p>
2	<p>就業状況 (現状に○)</p> <p>① (    ) 未就業 【 看護学生・未就業看護職・その他 (                      ) 】</p> <p>② (    ) 就 業 【 管理者・スタッフ 】</p> <p>勤務先等 : 施 設 名 _____</p> <p style="padding-left: 100px;">所 属 _____ TEL      -      -</p>
3	<p>今回の研修受講動機</p>
4	<p>実習内容に対するご希望・日程・地域など (※ご希望に添えない場合もあります事ご了承下さい)</p>