

長崎県訪問看護サポートセンター 訪問看護入門研修見学実習

Email : nurse-net@nagasaki-nurse.or.jp FAX : 0957-49-8056* 申込締切り / 開催日 1 ヶ月前迄

1	氏 名 _____ 年齢 (歳) 男 ・ 女 住 所 _____ 電話番号 _____ メールアドレス _____ ※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。
2	就業状況 (現状に○) ① () 未就業 【 看護学生・未就業看護職・その他 () 】 ② () 就 業 【 管理者・スタッフ 】 勤務先等 : 施 設 名 _____ 所 属 _____ TEL - -
3	今回の研修受講動機
4	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)