

研修申込表(森下安子先生の講義) 申込はFAX 0880-82-0429へ

施設名 _____ 代表者のお名前 _____ 連絡先番号 _____

ご出席される方は、研修日程の空欄に○をお書きくださるよう、お願いいたします。

番号	研修参加者のお名前	職種	第1回目 9月8日(日曜日)	第2回目 10月12日(土曜日)	第3回目 11月10日(日曜日)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

***お願い:** 申込締め切りは、平成25年7月末日までにFAXで、お願いいたします。沢山の方の参加をお待ちしております。

☆第1回目～第3回目まで、内容は異なります。追加申込も可能ですが準備の関係上お早めにご連絡をお願いいたします。

お問い合わせ先 研修担当者 医療法人聖真会 渭南病院 大藪定子(看護教育支援担当) 〒787-0331 高知県土佐清水市越前町6-1 TEL:0880-82-1151(代) FAX:0880-82-0429 e-meil:sadako-oyabu@inan-hp.jp
