

済生会新潟第二病院 認定看護師による出前研修申込書

申し込み日 | 年 月 日

1. 開催実施施設の情報

施設名	
住所	
TEL	

2. 開催希望日時

	○月○日（曜日）	○○：○○～○○：○○
第一希望		
第二希望		
第三希望		

- 開催期間は、2017年9月～2018年3月の月～金曜日（当院休診日を除く）です
- 申込は、**研修開催日の2カ月前まで**にお願いします
- 講義時間（質疑応答時間を含む）は、1回60分までとさせていただきます

3. 開催希望の分野と内容

分野	
研修内容	

4. 予定受講者数及び職種

受講者数	人	職種	
------	---	----	--

5. 研修責任者名・研修担当者名

	研修責任者	研修担当者
氏名 （職位）		
所属		
メール アドレス		

※研修決定後の詳細について連絡がとれるアドレスをお願いします

*上記に必要事項をご記入の上、FAX またはメールにてお申込みください
申込書にご記入いただいた個人情報につきましては、出前研修会決定通知書の送付や研修会実施に向けての打ち合わせに使用させていただくものであり、その他の用途に使用することはありません。

申込先 | 社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部
済生会新潟第二病院
出前研修担当 高橋由美・平澤和美

FAX 025-365-2436
メール ninteikango@ngt.saiseikai.or.jp