

看護教員・施設教育担当者研修 受講申込書

【申込先】 Fax 0956-23-8212 Mail nagasaki.kyaria@sweet.ocn.ne.jp HP <http://nagasakiango-career.com>

申込日: 年 月 日

施設名				
申込責任者	役職	ふりがな 氏名		
住所	〒			
連絡先	職場			
	携帯			
Mail				
受講者		ふりがな 氏名	受講希望日	職 種
	1		<input type="checkbox"/> 第1回 <input type="checkbox"/> 第2回 <input type="checkbox"/> 第3回 <input type="checkbox"/> 第4回 <input type="checkbox"/> 第5回	保他・助・看・准 ()
	個人連絡先			
	2		<input type="checkbox"/> 第1回 <input type="checkbox"/> 第2回 <input type="checkbox"/> 第3回 <input type="checkbox"/> 第4回 <input type="checkbox"/> 第5回	保他・助・看・准 ()
	個人連絡先			
	3		<input type="checkbox"/> 第1回 <input type="checkbox"/> 第2回 <input type="checkbox"/> 第3回 <input type="checkbox"/> 第4回 <input type="checkbox"/> 第5回	保他・助・看・准 ()
	個人連絡先			
	この研修をどこでお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 研修計画書 <input type="checkbox"/> その他【 】 <input type="checkbox"/> チラシ(受取場所 → <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他【 】		

※ 申し込み締め切り日は各研修開催日の10日前です。

※ 複数でお申し込みの場合は、個人に連絡が取れる連絡先のご記入をお願いします。

※ 受付後、受講料お支払方法のご案内をお送りします。

※ 看護キャリア支援センターは研修受講者用の駐車場はありません。近隣の有料駐車場をご利用ください。