院外看護職員研修申込書

※申込期間内に申し込みをお願いいたします

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名：認知症看護 | 研修日：R7年２月６日 |
| 施設名： |
| 連絡担当者様氏名： | 電話番号 |
| 連絡担当者様e-mail： |
| 研修受講希望者氏名 | 当日連絡先（携帯） | 研修受講希望者氏名 | 当日連絡先（携帯） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 研修会の希望などありましたらお書き下さい。 |

申込先：〒860-8556

熊本市中央区本荘1丁目1番1号　熊本大学病院　看護教育支援室

　　　　　電話番号　096-373-5622

　　　　　Mail: kyouikushiennshitu@kuh.kumamoto-u.ac.jp

　　　　　申し込み締め切り　　１月３１日（金）まで

※可能な限り公共交通機関でお越しください。お車でお越しの際は、できるだけ乗り合わせでお願いいたします。

駐車ゲートで発行される駐車券は受付の際にご提示ください。