

FAX：088-843-6385
独立行政法人国立病院機構高知病院
副看護部長 花車宛
令和4年度新人看護師研修申込書

研修会場名	
開催日	月 日
勤務先	
連絡先	() —
申込代表者名	
(ふりがな)	① ()
受講者名	
	② ()
	③ ()
	④ ()
	⑤ ()

※申し込みは施設でまとめて提出お願いいたします。

※1研修毎に申込書1枚を使用してください。

※締め切り 5月13日(金)までにFAXお願いいたします。