**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　橘　宛**

**2023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）  **受講者名** | ①　　（　　　　　　　　　　　　） |
|  | 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26日（金）までにFAXお願いいたします。**