令和８年度「看護部研修」参加を申し込みます。

研修テーマ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Mail：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

	参加者氏名	職種	免許取得年月日	免許番号	備考
1					
2					
3					
4					
5					

お申込み先：東京医科大学茨城医療センター
副看護部長　齋田　健一

FAX：029-887-1234

＊申し込み人数によって、参加人数を制限させていただく場合があります。（参加の可否は追って連絡いたします。）
＊新人看護師が研修に申し込む場合は、免許番号等の記載をお願いします。助成金の関係で県へ報告するためのものです。その他の理由で使用することはありませんので、ご安心ください。（免許番号がまだ届いていない場合は空欄とし届き次第ご連絡ください。）
＊研修内容は、准看護師を対象とはしていません。参加の制限はありませんが、効果的な学習に繋がらない場合もありますことをご承知おきください。