

# 看護専門実践研修（緩和ケア・アセスメント看護実践コース） 受講申込書

河北医療財団 地域サービス部 地域医療連携課 宛

申込日                      年                      月                      日

お名前	ふりがな	看護師 経験年数	年                      月
	性                      名	現職場 勤続年数	年                      月
ご住所	〒		
電話番号		E-mail アドレス	
勤務先 名称		所属部署	
研修名	看護専門実践研修（ 緩和ケア ・ アセスメント看護実践コース ） ※希望コースへ○をお願いします		
受講 希望日	/   .   /   .   /   .   /   .   /   .   /		
受講動機			
実務経験 内容			
個人情報 利用への 同意	私は下記に記載した「情報利用」の内容を理解し、個人情報利用に（該当箇所○）  <b>同意しま                      同意しません</b>		
所属長 推薦 (任意)	所属長名                      _____ 職位		

申込方法    必要事項を記載の上、下記までFAXにてお送りください

受付窓口    河北医療財団 地域サービス部 地域医療連携課 宛

FAX : **03-3339-3573**

- 情報利用：
1. 記載内容は、グループデータとして統計処理し、財団内・外に公表することがあります。個人名が特定されることはありませんのでご了承ください。
  2. 個人情報は弊院から研修に関するご案内をする場合に限り利用させていただきます。