**2025年度　新人外部受入研修参加申込書**

**お申込先：福岡県済生会福岡総合病院**

**（看護部　教育専従看護課長　白木／人事課　柳）**

**ＦＡＸ：０９２－７１６－０１８５**

1. **申込受付期間**

希望研修日の3週間前まで

1. **対象者**

2025年4月入職の新卒者

1. **募集定員**

各研修3名まで　※先着順ですので、ご了承ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 |  | |
| 申込代表者 | （ふりがな）  　氏　　名 | |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX： | |
| 希望日時 | 月　　　日　（　　） | ：　　～　　： |
| 研修テーマ |  | |
| （ふりがな）  受講希望者氏名 |  | |
| （ふりがな）  受講希望者氏名 |  | |
| （ふりがな）  受講希望者氏名 |  | |

必要事項をご記入の上、ＦＡＸにてお申し込みください

申込受付期間：研修実施日の3週間前まで

＊受講決定につきましては、ＦＡＸにてご連絡いたします