**2025年度　院外受講生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）**

**Ｆ Ａ Ｘ：０９２－７１６－０１８５**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 申込代表者 | （ふりがな）  　氏　　名 |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX： |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  受講希望者氏名 | 年齢 | 性別 | 看護師  経験年数 | 受講希望日 | 研修テーマ |
|  |  |  |  | 月　　日 |  |
|  |  |  |  | 月　　日 |  |
|  |  |  |  | 月　　日 |  |
|  |  |  |  | 月　　日 |  |
|  |  |  |  | 月　　日 |  |

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