

看護力再開発講習会実習申込書

送付先：宇佐高田医師会病院

FAX：0978-37-2307

下記に記入または、○印をお付けください

ふりがな 氏名		電話	
現住所	市 町 村	職能	保健師 助産師 看護師 准看護師

実習希望日の申し込み欄に○印を付けてください

申し込み欄	日時	時間	場所
	3月16日	9:30~ 15:00	宇佐高田医師会病院 第一会議室
	3月17日	10:00~ 15:00	宇佐高田医師会病院 第一会議室

お知らせ

1. 申込み 実習2週間前までに下記にご連絡ください。
2. 経費 参加料は無料です
3. 携行品 筆記用具 活動しやすい服装 マスク装着 昼食
4. お申込み・問い合わせ先 〒872-0102 宇佐市南宇佐 635 番地
宇佐高田医師会病院 教育担当室
小野 康佳

TEL 0978-23-2300 内線118

FAX 0978-37-2307

欠席される場合は必ず連絡をお願いします。