

久留米大学医療センター看護塾ご参加申込書

FAX 送信先 0 9 4 2 - 2 2 - 6 5 3 3

施設名 _____

担当者名 _____

連絡先 TEL _____

ご希望看護塾日程 (_____) 月 (_____) 日分

【 参 加 者 】

フリガナ 氏 名	職種	経験年数	備 考

*お問い合わせ先：久留米大学医療センター 看護部 大塚まり子 TEL 0942-22-6529

*申込み締切：各研修会の1週間前