



市立豊中病院 看護部 研修参加申込書

必要事項を記入し、下記までFAX送付して下さい。

Fax 番号：06-6858-3530

研修テーマ「 _____ 」

研修日： _____

研修時間： _____

参加者（経験年数）： _____ (_____)

_____ (_____)

_____ (_____)

_____ (_____)

_____ (_____)

施設名	
代表者氏名	
連絡先	

申し込み者多数の場合は、参加人数の調整をさせていただくこともありますので、ご了承ください。その際には、連絡を入れさせていただきます。

研修に関するお問い合わせは、

看護部 教育担当者 06-6843-0101 までお願いします。

温かい心で、
ココロとカラダを支える。

