

模擬患者派遣 申込書

【申込先】

長崎県看護キャリア支援センター

FAX 0956-23-8212

URL <http://nagasakiango-career.com>

申込施設

施設名			
申込責任者		役職	
住所	〒		
TEL		FAX	
メール			

研修内容

必要模擬患者数	名 <input type="checkbox"/> 指定地区あり (地区) <input type="checkbox"/> 指定地区なし		
主な内容 (対象者)			
実施希望日	年	月	日 (曜日)
開催時間	時	分	～ 時 分
開催場所			
研修対象者			
受講者数			
その他			

申込受付後、センターより内容等の確認のご連絡をさせていただきます。