模擬患者派遣　申込書

【申込先】 **Fax** 0956-23-8212　**Mail** nagasaki.kyaria@sweet.ocn.ne.jp **HP** http://nagasakikango-career.com

申込日:　　年　　月　　日

施設名	
申込責任者	役職　　ふりがな 氏名
住所	〒
TEL	
Mail	
依頼内容	
必要模擬患者数	名　　☐地区指定あり(　　地区)　　☐地区指定なし
主な内容	
対象者	
実施希望日	第1希望　　年　　月　　日　(　　曜日)
	第2希望　　年　　月　　日　(　　曜日)
実施時間	時　　分　～　　時　　分
実施場所	
受講予定者数	名
その他	
この研修をどこでお知りになりましたか	☐ホームページ　☐知人からの紹介　☐研修計画書　☐その他【　　】 ☐チラシ(受取場所　→　☐ハローワーク　☐職場　☐その他【　　】)

※　申し込み受付後、内容確認のご連絡をさせていただきます。