

実習指導者講習会修了者・関係者等の交流会 受講申込書

【申込先】 Fax 0956-23-8212 Mail nagasaki.kyaria@sweet.ocn.ne.jp HP http://nagasakiango-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	〒		
連絡先	TEL	FAX	
Mail			
	ふりがな 受講者氏名	職種	
1		<input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 看護教員 <input type="checkbox"/> その他()	
2		<input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 看護教員 <input type="checkbox"/> その他()	
3		<input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 看護教員 <input type="checkbox"/> その他()	
4		<input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 看護教員 <input type="checkbox"/> その他()	
5		<input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 看護教員 <input type="checkbox"/> その他()	
この研修をどこでお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 研修計画書 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> ナースセンターからの紹介 <input type="checkbox"/> しま☆ナース通信 <input type="checkbox"/> 広報誌・新聞広告 <input type="checkbox"/> ナースセンターLINE <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> チラシ (受取場所 → <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 自治体 <input type="checkbox"/> コンビニ)		

※ 受付をもって受講決定とする。定員に達し次第申込先着順で締切りとし参加不可能な場合のみご連絡差し上げます。