

FAX 0463-93-2243

看護連盟 県西支部役員宛

※個人会員の方は「施設名」に「個人」とお書き下さい。 会員・非会員に○をつけて下さい。

氏名	施設名	会員	非会員

悪天候等により中止となった場合、電話にて連絡させていただきます。

緊急時の連絡先をご記入下さい。

代表者名 _____ 印 _____

*本研修申込書は、この研修以外の目的で使用することはありません。

〈問い合わせ先〉

神奈川県伊勢原市下糟屋143

看護部 文珠川由美

東海大学医学部付属病院

TEL 0463-93-1121 (内線 5720)

FAX 0463-93-2243

看護連盟 県西支部役員宛

※個人会員の方は「施設名」に「個人」とお書き下さい。 会員・非会員に○をつけて下さい。

氏名	施設名	会員	非会員

悪天候等により中止となった場合、電話にて連絡させていただきます。

緊急時の連絡先をご記入下さい。

代表者名 _____ TEL _____

*本研修申込書は、この研修以外の目的で使用することはありません。

〈問い合わせ先〉

神奈川県伊勢原市下糟屋143

看護部 文珠川由美

東海大学医学部付属病院

TEL 0463-93-1121 (内線 5720)