

FAX ０５３８－３８－５５４９

磐田市立総合病院　地域医療連携室

看護研修申込書

※希望月の前月５日までにご連絡ください。

研修希望者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職種：

所属事業所：

連絡先：

FAX： メールアドレス：

※調整後に連絡をしますので、FAXまたはメールアドレスをご記入ください。

研修希望日：

時間帯：　１日　半日（AM　　ＰＭ　）　その他

（研修希望日を複数記入してください。）

希望研修

プログラムＮｏ　：

希望部署：　　内科系　　　外科系　　 小児科　　　救命救急病棟（救命外来含む）   
その他：プログラム以外のものなど、ご希望を記入ください。



申し込み窓口

磐田市立総合病院 地域医療連携室