

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