

訪問看護体験型研修申込書

FAX:017-735-3836

申込日 令和 年 月 日

参加者氏名		氏 フリガナ	名 フリガナ	男・女
			年齢	
連絡先	自宅住所	〒		
	日中において連絡可能な電話番号	— —		
	お勤めの方 勤務先／職種	／		
	学生の方 学校名／学科	／		
【重要】 新型コロナワクチンについて 研修日までに新型コロナワクチンを3回接種した方に限ります。 該当しない方は、申込みができませんので、ご了承ください。				
希望コースに○をつけて 希望日を記載してください		A	第1希望 (/)	
			第2希望 (/)	
		B	第1希望 (/ ~ /) 日間	
			第2希望 (/ ~ /) 日間	
体験希望の 訪問看護ステーション		第1希望		
※各コースの協カステーションから お選びください		第2希望		