

10月20日(土)17:00までに、FAXにてご連絡ください。

送信先 FAX 077-562-8998

公益社団法人 滋賀県看護協会 担当：岡本・黄瀬宛

平成30年度 <診療所・病院の外来部門で働く看護職対象>
認知症対応力向上研修会 受講申込書(病院用)

標記研修に、下記のとおり申し込みます。

連 絡 先	施設名	
	施設住所	〒
	担当者名	
	T E L	
	F A X	

氏名	職種 (該当に○)	免許取得後の実務経験年数
	看・准看・保・助	
	看・准看・保・助	
	看・准看・保・助	
	看・准看・保・助	
	看・准看・保・助	