

平成24年度 看護師再就職支援研修会参加申込書

フリガナ 氏 名	
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
現住所	〒 — TEL — — FAX — —
連絡先 (平日昼間)	※当院から連絡を差し上げる場合があります。連絡のつきやすい番号をお書き下さい。 TEL — — 自宅・携帯・その他 ()
メールアドレス	※携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください。
職場体験を 希望する部署	実習を希望される部署に○印を付けてください。 外科系病棟 ・ 内科系病棟 ・ その他の希望 ()
職場体験を 希望する期間	希望される日、コースに○印を付けてください。 ・希望する日 (月 日) ・Aコース (1日コース) ・Bコース (2日コース)
白衣のサイズ	*Bコースの方は希望のサイズに○をしてください。 【 S M L LL 】
要 望	