【平成31年度　研修受講申込書】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修名 |  | |
| 開催日 | 平成31年　　　　月　　　　　日 | |
| ふりがな |  | 職　　種 |
| 氏名 |  |  |
| ふりがな |  | 職　　種 |
| 氏名 |  |  |
| ふりがな |  | 職　　種 |
| 氏名 |  |  |
| 施設名 |  | |
| 連絡先（TEL） | （　　　　　　）　　　－ | |
| 自由記載欄 | 勤務の都合上、途中参加などの希望があればご記入ください | |

●申し込みの締め切りは、各研修開催日の1週間前までにお願いします。

●FAX送信先

この申込みでご提供いただいた個人情報は、今回の研修実施のために使用するとともに、今後の研修の参考にするための統計資料（特定の個人を識別することができない内容のもの）の作成に使用する場合があります。

**県立南宇和病院　FAX　0895-72-5552**

**担当者：看護部（越智）**