

2025年度 新人看護職員研修 受講申込書

施設名	
施設住所	
TEL・FAX	
代表者氏名	

	ふりがな 受講者氏名	性別	免許種別	参加を希望される 研修会NO.
1				
2				
3				
4				
5				

- * お手数ですが、3月18日(火)17:00(必着)までに郵送、またはファックスにて返信ください。
- * 後日、改めて免許取得月日をお知らせください。
- * 変更やご不明な点などがございましたら、下記まで、お気軽にご連絡ください。

〒047-8550 小樽市若松1-1-1
 小樽市立病院 教育担当 村上圭子 行
 TEL:0134-25-1211(内線7201)
 FAX:0134-32-6424