**地域医療研修センター　研修申込書**　FAX番号：096-353-3515

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| セミナー名：ナースのための心電図セミナー | | | | | 受講日 | 月　　　　日 |
| 勤務先名： | | | | | 病棟名： | |
| 勤務先住所：〒 | | | | | | |
| （受講票送付先） | | | | | | |
| 宛先：①看護部長　②その他（　　　　　　　　　　　） | | ◎記載がない場合看護部長様宛にお届けします | | | | |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　内線（　　　　　） | | | | FAX： | | |
| 代表者メールアドレス： | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ◎受講票のお届け先を勤務先以外（ご自宅等）希望の方はこちらへご記入ください | | | | | | |
| 住　所：〒 | | | | | | |
| 氏　名： | | | | | | |
| ＝人数調整をさせていただく場合がありますので、**受講希望順**にご記入ください＝ | | | | | | |
| 受講  希望順 | フリガナ  氏　　名 | | 看護師歴 | | | **※**受講証書 |
| 1 |  | |  | | 年目 | 要　・　不要 |
|  | |
| 2 |  | |  | | 年目 | 要　・　不要 |
|  | |
| 3 |  | |  | | 年目 | 要　・　不要 |
|  | |
| 4 |  | |  | | 年目 | 要　・　不要 |
|  | |
| 5 |  | |  | | 年目 | 要　・　不要 |
|  | |
| 6 |  | |  | | 年目 | 要　・　不要 |
|  | |
|  | | | | | | |
| **※受講証書は、記入がない場合、大幅に遅刻された場合等には発行できませんのでご了承ください。**  ○セミナー開催日の約1週間前にご担当者様宛に**受講票**を郵送いたします。  　受講の可否は受講票の発送をもってかえさせていただきますが、ご確認いただく際は事務局まで直接電話、メール等でお問い合わせください。  ○代表者メールアドレスはこちらから緊急のお知らせの際に使用いたしますので、責任者の方のアドレスをご記入ください。（他の目的で使用することはありません）  【申込方法】　申込書を当院ホームページよりダウンロードし、メールもしくはFAXでお送りください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（郵送でも受付けています）  　　　　　　　〒860-0008　熊本市中央区二の丸1番5号  国立病院機構熊本医療センター　地域医療研修センター事務局  　Mail：mng.kumamoto@deluxe.ocn.ne.jp FAX：096-352-5025　　TEL：096-353-3515 | | | | | | |