地方独立行政法人福岡市立病院機構　福岡市民病院

研修参加申込書

（看護職員研修事業）

ふりがな 研修参加者氏名	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳） 看護師歴（　　年目）
研修テーマ／研修日 （複数可）	研修日・研修テーマ　　施設内優先順位 ／ ＿＿＿＿＿＿　＿＿＿ ／ ＿＿＿＿＿＿　＿＿＿ ／ ＿＿＿＿＿＿　＿＿＿ ／ ＿＿＿＿＿＿　＿＿＿ ／ ＿＿＿＿＿＿　＿＿＿ ／ ＿＿＿＿＿＿　＿＿＿

上記の者について福岡市民病院が実施する厚生労働省のガイドラインに沿った職員研修への参加を申し込みます。

令和　　年　　月　　日

住所

医療機関名

代表者氏名

（役職）

※　受講可能の有無を御連絡致しますので、連絡可能な連絡先をご記入ください。

連絡先：電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（研修担当者　　　　　　　）

【問合せ先】福岡市民病院　看護部　教育担当師長　長谷
〒812-0046 福岡市博多区吉塚本町 13ー1
TEL ： 092-632-1111（代表）
FAX ： 092-632-0900
Mail: shimin-kango@fcho.jp