**福岡赤十字病院　『看護でもっとクロス』 申込書**

　　　　　　　年　　　月　　　日

福岡赤十字病院

院長　　中房　祐司　様

（担当：看護部　あて）

私は、福岡赤十字病院の『看護でもっとクロス』を希望しますので申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日・性別 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　　（ 男・女 ） |
| 職種 |  |
| 施設名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| E‐mail |  |
| 希望研修内容を具体的にご記入ください。 | |
| １．見学実習 |  |
| ２．院内研修 |  |
| ３．出前講義 |  |
| 希望日をご記入ください。 | |
| 第１希望日 | 年　　　月　　　日 |
| 第２希望日 | 年　　　月　　　日 |
| ※　何かご希望があればご記入ください。 | |

申込方法：　E-mail またはFAXにてお申込みください。

E-mail： kangobu@fukuoka-med.jrc.or.jp

FAX： 092-522-3066

問い合わせ先：福岡赤十字病院　看護部（代表電話　0570-03-1211）

　専門看護師　不動寺 美紀　　　認定看護師　川中 直美

看護部長　佐藤 章子