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 |  |
| 職　　種 |  | 職種の経験年数 | 年 |
| 資格の有無 | 無　　有 | 　＜有の場合＞ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　専門・認定・特定：分野名（　　　　　　　　　　）その他資格名（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 |  |
| ４．症例検討会 |  |
| 希望日をご記入下さい。 |
| 第１希望日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 第２希望日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ※　その他、ご希望があればご記入ください。 |

申込方法：　E-mail もしくは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・認定・特定看護師会　委員長

看護部長　佐藤章子