**精神科看護体験セミナー申込書**

申込日：平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名 | 男・女 |
| ご住所 | 〒 |
| ご連絡先 | (　　　) |
| どちらの資格をお持ちか、○をつけてください  看護師　・　准看護師 | |
| 白衣のサイズ | S　・　M　・　L　・　LL　・　他（　　　） |
| 参加を希望する日付に◯をつけてください。  ２０１８年  ５月２９日（火）・７月２１日（土）・８月２５日（土）・１０月３１日（水）  ２０１９年  １月３１日（木） | |
| ・ご質問などございましたら、こちらへご記入ください | |

お申込み先

郵送の場合　〒238-0115

　　　　　三浦市初声町高円坊1040-2　福井記念病院　中庭良枝宛

お問い合わせ

福井記念病院　看護部　中庭・奥田 　　TEL：046-888-2145（代表）