



FAX : 0 4 6 - 8 8 8 - 2 1 4 9

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。 <u>2018年</u> 5月29日(火)・7月21日(土)・8月25日(土)・10月31日(水) <u>2019年</u> 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)