**精神科看護体験セミナー申込書**

申込日：　　　　　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。2024年5/25（土）　・　6/22（土）　・　7/20（土） |
| ・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　遠藤学宛

お問い合わせ

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