FAX：０４６-８８８-２１４９

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、〇をつけてください 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〇をつけてください。 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）