



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： 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>2025 年</u> 5/24 (土) ・ 6/21 (土) ・ 7/19 (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)