「がん看護研修会」公開講座Ⅲ（研修）申し込み用紙

・フルネームでふりがなの記入をお願いします。
・研修毎に **FAX（096-373-5587）** へ申し込みをお願い致します。
・車で来院される方には、駐車場のサービス券を配布いたします。車の利用について確認いたしますので、名簿の横に〇を記載してください。駐車場は患者様や面会者の方が使用されますので、できるかぎり、ご施設の方と乗り合わせて来院していただきますよう

施設名		車での来院の有無（〇を記載してください）
連絡先 電話番号		
ふりがな 参加者氏名	看護師経験年数	
連絡先 電話番号		
ふりがな 参加者氏名	看護師経験年数	
連絡先 電話番号		
ふりがな 参加者氏名	看護師経験年数	
連絡先 電話番号		
ふりがな 参加者氏名	看護師経験年数	
連絡先 電話番号		
ふりがな 参加者氏名	看護師経験年数	
連絡先 電話番号		
ふりがな 参加者氏名	看護師経験年数	
連絡先 電話番号		
ふりがな 参加者氏名	看護師経験年数	
連絡先 電話番号		
ふりがな 参加者氏名	看護師経験年数	
連絡先 電話番号		
ふりがな 参加者氏名	看護師経験年数	

熊本県がん診療連携協議会　がん看護臨床実務研修ワーキンググループ
平成 30 年 8 月吉日