

「看護師による出前講座」申し込み用紙

宛先：高松赤十字病院 看護部

FAX 番号：087-862-7135

貴施設名： _____

住所： _____

代表者名： _____ 所属（ _____ ）

連絡先：電話番号 _____

FAX 番号 _____

メールアドレス _____

後日、担当者より連絡致しますので、代表者のお名前等をご記入ください。

ご希望の分野およびテーマ：

受講予定者の職種と人数： _____

ご希望の内容：

できるだけ具体的にご記入下さい。また、現在お困りのことがあれば、ご記入下さい。

(_____)

ご希望の期日および時間：

(第1希望： _____ 月 _____ 日 (_____) _____ : _____ ~ _____)
第2希望： _____ 月 _____ 日 (_____) _____ : _____ ~ _____
第3希望： _____ 月 _____ 日 (_____) _____ : _____ ~ _____)