

【専門看護師・認定看護師出前講座申し込み用紙】

送信先：国立病院機構福岡病院

FAX092（566）0702

FAX 送信日：令和 年 月 日

貴施設名	
担当者氏名	
住所	
電話番号	
FAX 番号	
e-mail	
希望 コースの番号	
希望日時	第 1 希望 月 日 曜日 時
	第 2 希望 月 日 曜日 時
	第 3 希望 月 日 曜日 時
開催場所	
参加予定人数	名
参加者の職種	
貴施設駐車場	あり ・ なし
プロジェクター・PCの準備 <small>*資料準備の参考にさせていただきます</small>	可 ・ 不可