がん看護セミナー　申し込み　FAX用紙

★ご希望のコースに○をお付け下さい

|  |
| --- |
| ~~（　　　）第１回目　がん看護セミナー　令和3年10月9日（土）~~~~締め切り 9月17日(金)　12時まで~~ |
| （　　　）第2回目　がん看護セミナー　令和3年12月 18日（土）締め切り　11月30日(火） 12時まで |

【所属施設】

施設名：

 〒

いずれかに○

住所：(自宅・職場)

**お名前のフリガナを必ずご記入下さい**

**お名前 フリガナ**

お名前：

看護師経験年数：　　　　　年目　　　がん看護の経験年数　　　　　年目

連絡先：TEL

Mail

※Webex研修のため必ずPCメールアドレスをご記入ください。

　　　　　　スマートフォン・タブレットでは未対応のため視聴できない

　　　　　　場合がありますので、ご注意ください。

送信先：〒５４０－０００６　大阪市中央区法円坂２－１－１４

独立行政法人国立病院機構　大阪医療センター　看護部　浅野

 **FAX：０６－６９４６－３５２８**