がん看護セミナー　申し込み用紙

★ご希望のコースに○をお付け下さい

|  |
| --- |
| （　　　）第１回　がん看護セミナー　令和4年11月26日（土） |
| （　　　）第2回　がん看護セミナー　令和4年12月17日（土） |

締め切り　11月14日(金） 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

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　職員研修部　井尻

 **FAX：０６－６９４３－６４６７**

 **メール:** **ijiri.ayako.ht@mail.hosp.go.jp**