

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5年12月9日(土)

() 第2回 がん看護セミナー 令和6年1月20日(土)

【所属施設】

施設名： _____

〒 _____

いずれかに○

住 所：(自宅・職場) _____

お名前 フリガナ _____

お名前のフリガナを
必ずご記入下さい

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：電話番号 _____

メールアドレス _____

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