

2019年度 認定看護師教育課程説明会 参加申込書

記入日 月 日

フリガナ	
氏 名	
所 属	施設（病院）名
（施設および部署名）	部署（病棟）名
連絡先	<p>該当する番号を○で囲んでください。 1. 職場 2. 自宅</p> <p>住所</p> <p>〒 —</p>
	TEL
	E-mail
受講時の 交通手段	<p>*該当する番号を○で囲んでください。</p> <p>1. 公共交通機関 2. 自家用車（運転） 3. 自家用車（同乗）</p>

※お一人につき一枚のご記入をお願いします。

※参加申込書の個人情報、今回の説明会の目的以外には、使用いたしません。

お問い合わせ先

〒463-8502

名古屋市守山区上志段味東谷

愛知県立大学 看護実践センター

TEL : 052-778-7103

FAX : 052-736-1415

E-mail: examnintei@nrs.aichi-pu.ac.jp