看護力再開発講習会（研修Ⅱ）実習申込書

送付先：大分県ナースセンター
FAX：097-574-7361

＊下記に記入又は○印をおつけください

ふりがな 氏　　名		電　　話	
現　住　所	市　町　村 （市町村名のみ）	職　　能	保健師　・　助産師 看護師　・　准看護師

実習希望日の申込欄に○印を付けてください

申込欄	月　日	実　習　9:30 ～ 16:00
	7/12（水）	特別養護老人ホーム アイリスおおいた（大分市）
	８ / ９（水）	大分三愛メディカルセンター　（大分市）
	９ /13（水）	大分中村病院　（大分市）
	１０/11（水）	介護老人保健施設　陽光苑　（大分市）
	１１/8（水）	畑病院　（別府市）

【お知らせ】

１　申込み　　実習日の１週間前までに下記にご連絡ください。

２　経　費　　実習参加料は無料

３　携行品　　筆記用具、活動しやすい服装(マスク着用)

４　申込み・問合せ先　〒870-0855　大分市豊饒二丁目７番１号　大分県ナースセンター
TEL　０９７－５７４－７１３６
FAX　０９７－５７４－７３６１

※欠席される場合は必ず連絡をお願いします。