

専門ケアコース 申込書

- 下記の内容を1人1枚入力しメールもしくはFAXでお申込ください。
- 申込確認後、1週間以内にこちらから確認メールをお送りいたします。

*メール宛先 kangobut@takii.kmu.ac.jp

* FAX 番号 06-6992-4846

ふりがな 氏名			
施設名			
電話連絡先		メールアドレス	
職位		看護師経験年数	年
希望するコース名と 内容	() コース 内容：		
希望するコース名と 内容	() コース 内容：		

お問い合わせ先

関西医科大学附属滝井病院 看護部長室 川畑ユミ子
TEL：06-6992-1001（代表）内線（5002）