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](mailto: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

関西医科大学総合医療センター　看護管理室　研修担当者

ＴＥＬ：06－６992-1001（代表）内線（3004）