

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

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)