

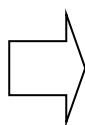
【発信元】

施設名 _____

氏名 _____

TEL _____

E-mail _____



【受取】

施設名 山口赤十字病院 _____

氏名 看護部 研修担当者 _____

TEL/FAX 083-923-0111 / 083-928-4321 _____

E-mail y-kangobu@yamaguchi-redcross.jp _____

「令和3年度山口地域新人看護職員研修申し込み」

施設名 (_____)

研修番号・日時	氏 名

計 _____ 名

申込用紙はコピーしてお使いください。