

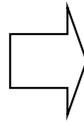
【発信元】

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 8 年度 新人看護職員公開研修申し込み」

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。