看護職再就業支援研修参加申し込み

送信日 平成 年 月 日

送付先:独立行政法人国立病院機構 下総精神医療センター 副総看護師長 今野
FAX番号: 043 (291) 2602
申し込み者
氏 名 : 誕生 <u>19 年</u> 生 住 所 : 〒 一
連絡先: ()
・ 研修希望日(申込番号)を記載してください。
<u>申込番号</u>
· 看護師経験年
・ 休職期間 年 ヶ月
· 精神科経験 無 ・ 有 (<u>年 ヶ月</u>)
・ その他ご質問等ございましたらご記入ください。