第5回　ＮＳＴ専門療法士認定研修参加申し込みFAX

独立行政法人国立病院機構

都城医療センター　事務局宛て

FAX　0986‐22‐5260

|  |  |
| --- | --- |
| 病院・施設名 | 職業　　　　　　 |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 臨床経験年数 | NST経験年数　　　　　　 | 氏名（ふりがな） |
| 　　　　　　年 | 　　　　　年 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※同施設より複数人申込み希望をされる場合は、コピーして一人一枚ずつのご記入をお願いします。

[氏名]

[住所]必須（病院住所可）

〒

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[TEL]必須

[FAX]

[E-mail]必須