**国立病院機構 福岡病院　病院見学会 申込書**

必要事項をご記入の上、下記のアドレスに送信もしくはFAXしてください。

**Ｅmail** inoue.mami.yd@mail.hosp.go.jp**福岡病院教育担当看護師長　井上宛て**

**FAX　　（092）566-0702**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　名  （2名以上の場合は全員の氏名） |  |
| 所属 | 学校名または現在の職場名（学生の方は学年も記入）  （　第　　　学年　） |
| 連絡先  （2名以上の場合は、代表者の連絡先） | 携帯電話番号（確認が必要な場合のみ使用いたします） |
| 備　考 | 氏名・所属は、必ずご記入願います。  2名以上でお申し込みの方は、1枚の用紙に連名でご記入下さい。  連絡先は、代表者の携帯電話番号をご記入ください。  ※参加の際は、履き替え用のナースシューズをご持参ください。  ☆その他ご希望、ご要望等あればお書きください |