**FAX 045-576-3525**

**済生会横浜市東部病院小児プライマリケア認定看護師教育課程 行**

小児プライマリケア認定看護師教育課程説明会　参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| **①希望日** | 希望日に✔をつけてください□ 第1回目：7/4（土） 13時～15時□ 第2回目：7/26（日）13時～15時□ 第3日目： 8/1（土）13時～15時 |
| **②参加方法** | * 来場
* オンライン
 |
| **③氏名** | （ふりがな） |
|  |
| **④所属施設名** |  |
| **⑤部署名** |  |
| **⑥連絡先メールアドレス** |  |
| **⑦連絡先電話番号** |  |
| **⑧個別相談** | □希望する　　　□希望しない※相談内容（当日、追加で相談していただいても結構です） |

**※注意事項**

・おひとりに1枚の申込用紙をご利用ください

・希望日が満席の場合はご連絡させていただきます

・申込を受領しましたら、連絡先メールアドレス宛に受付完了メールを送らせていただきます