

2018年 月 日

国立病院機構西新潟中央病院  
金子庶務班長

〒  
ご住所

貴病院名

御担当者名

### てんかんに関する看護師研修会参加申込書

職名	(ふりがな)	宿泊希望			交流会 参加
	氏名	前泊 9/11 (火)	9/12 (水)	9/13 (木)	9/12 (水)
	性別 (年齢)				
	( )				
	男・女 ( )				
	( )				
	男・女 ( )				

1. 宿泊を希望される方、交流会に参加いただける方は該当日欄に「○印」を付してください。
2. 交流会は、当院の職員及び研修生間の親睦を図るために企画しています。お気軽に、是非ご参加願います。  
会場は近隣を予定しており、会費は別途徴収させていただきます(5,000円程度)。

FAX 025-231-2831