

平成30年度 NST 専門療法士研修申込書 (資料1)

平成30年 月 日

鹿児島厚生連病院 NST 教育チーム

指導責任者 今村 也寸志 殿

平成30年10月4日より貴院にて実施される NST 専門療法士研修
講座を受講いたします。

ふりがな

名 前 ⑩

生年月日 西暦 年 月 日 ()歳

職 種 (通算勤務年数 年)

勤務先

現住所 〒 -

電話 - - Fax - -

※携帯(- -)

E-mail

※今後の連絡はできるだけメール通信とします。

研 修 同 意 書

※必須ではありません。

年 月 日

鹿児島厚生連病院 NST 教育チーム

指導責任者 今村 也寸志 殿

平成30年10月4日より貴院にて実施される NST 専門療法士研修
講座を 当院()が受講することに同意します。

施設名

施設長名

⑩