|  |
| --- |
| 受講申込書送信先：弘前大学医学部附属病院看護部　　　　　教育担当　花田久美子　行FAX番号：０１７２－３９－５３３６メール：**kn6872@hirosaki-u.ac.jp**件　　名：平成30年9月18日・9月25日開催臨地実習指導者育成研修魅力的な実習を展開する方策を考えよう！　受講申込書 |

＊下線部分にご記入ください。

ご氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢：　　　　歳

ご所属：

ご連絡先：電話番号　　　　　　　　　FAX番号

　　　　　メールアドレス

ご希望・ご質問がありましたら、お書きください。