|  |
| --- |
| 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。