

病院名

\_\_\_\_\_

看護部責任者

\_\_\_\_\_

連絡先

Tel :

FAX :

\_\_\_\_\_

研修月日	参加者名	備考
		例：午前午後のみ 資格 看護職員経験年数など

注意点

1. 院外生の定数は5名程度とします。定員になり次第締め切らせていただきます。
2. 研修申込みは、締め切り日の12時までメールにて申し込みください。  
アドレス：[kangobu@kumamotoh.johas.go.jp](mailto:kangobu@kumamotoh.johas.go.jp)
3. 欠席する場合は、必ず当院担当 山本まで連絡下さい。
4. 研修当日は、時間までに会場に集合してください。時間厳守でお願いします。
5. 研修参加時、演習ができる服装で来てください。
6. 駐車場は、病院正門前の駐車場の奥に駐車をお願いします。
7. 感染予防対策（マスク・擦式アルコール・ゴーグル）を各自で準備下さい。

お問い合わせ先

熊本労災病院 0965-33-4151

教育担当看護副部長：山本まで

