**2019年度　がん看護研修　申込書**

**宛先：滋賀県立総合病院　看護部**

**Fax　077-582-5087**

**締め切り　2019年5月7日**

＊施設（部署）毎にFaxでお申し込みください

＊お申し込み順に受け付けを行います。受付通知をFaxにて送付いたします。

施設（部署）名

電話番号　　　　　　　　　Fax番号

申し込み代表者（複数の場合）

|  |  |
| --- | --- |
| **お名前** | **参加希望日に〇をつけて下さい** |
| **全回** | **第１回** | **第２回** | **第３回** |
| **６月～８月** | **６／１５（土）** | **７／１３（土）** | **８／１０（土）** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

【問い合わせ】滋賀県立総合病院　看護部　☎　077-582-5031