

NST 研修申し込み書

フリガナ 氏名		年齢		性別	男 ・ 女
勤務先		職種			
勤務先の住所・ 電話番号					
FAX またはメール アドレス (メールアドレスはフリガナ をお願いします)					
備考 連絡先が勤務先と異なる場 合はご記入をお願いします。					
施設	貴院の該当施設を以下の中から○で囲んでください。				
	一般	療養型	ケアミックス	その他 ()	
車のご利用	有		無		

仙台オープン病院 FAX 番号は・・・

022-252-1126

宛てまでよろしく申し上げます。

* 持参いただくもの

①名札②白衣③内履き④電卓⑤筆記用具

* 初日の集合場所

8:45 まで正面玄関の総合案内に研修でいらした旨をお話しいただき、
栄養管理室 今野に連絡をとるようにお伝えください。

* 実習費について

実習初日にお支払いただきます。領収書の宛先が個人でない場合はその旨ご連絡ください。

* 誓約書の記入

当日ご記入お願い致します。