

電話・FAX 番号：092-642-5553

宛先：九州大学病院看護キャリアセンター

九州大学病院看護部
育児休業復帰支援プログラム申し込み用紙

参加希望研修日時の 1 週間前まで に必要事項記入の上、上記に FAX または電話にて申し込んでください。

1．参加希望研修（いずれかに☑をつけてください。）

院内研修会

看護技術の演習

（シミュレーション・トレーニング）

医療安全に関する研修やシャドー研修の申込みはこの用紙では、申込みできません。
看護部ホームページを確認の上、所定の方法に従って各自申込みをしてください。

2．参加希望日時

研修日時：____月____日（____）

研 修 名：_____

シミュレーション・トレーニングの場合

参加希望コース：_____コース 内容：_____

参加希望時間：____時～____時

3．連絡先

氏名：_____

希望連絡方法： 電話 メール FAX

連絡先：_____

休業前の所属部署：_____

メールアドレスは携帯電話のメールアドレスには折り返しの連絡ができません。またアドレスは間違いがないよう、十分に確認の上記入してください。

申し込み用紙到着後、詳細の研修日程や会場等、折り返し看護キャリアセンター（教育看護師長または専属インストラクター）より連絡いたします。