

シミュレーション研修 I 【静脈注射】

受講申込書

ふりがな 氏名				年齢	歳
職業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	経験年数 年	職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	
住所	〒				
連絡先	電話 メール				

※ ご提出いただいた個人情報は、本研修会の開催目的のみで使用します。

〈申込先〉

公益社団法人島根県看護協会・ナースセンター  
〒690-0049 松江市袖師町7-11

Tel 0852-27-8510

Fax 0852-25-3157

Mail ns-center@shimane-kango.or.jp