

東北公済病院 Partnership Nursing System 研修 申し込みについて

用紙 1

用紙 1 用紙 2 に必要事項を記入の上、以下のアドレスへ送付してください。

1、研修希望コースと希望日を第 3 希望まで記入してください。

1 回につき 4 名までとさせていただきます。

	希望コース (○をつけてください)	希望日
第 1 希望	1 日コース・2 日コース	年 月 日、 月 日
第 2 希望	1 日コース・2 日コース	年 月 日、 月 日
第 3 希望	1 日コース・2 日コース	年 月 日、 月 日

2、用紙 2 PNS 研修申込書に必要事項を記入してください。

「2、研修期間」については、日程調整後こちらで記入します。記入せずそのまま提出してください。

【問い合わせ先】

〒980-0803 仙台市青葉区国分町 2 丁目 3-11

国家公務員共済組合連合会 東北公済病院看護部

TEL：022-227-2211

Email：kyouiku@tohokukosai.com

PNS 研修申込書

年 月 日

東北公済病院長 殿

団 体 名
代表者役職
氏 名

貴病院において、下記のとおり研修を行うことを希望します。

記

1 研修者名・役職

(氏名 :	役職 :)
(氏名 :	役職 :)
(氏名 :	役職 :)
(氏名 :	役職 :)

2 研修期間

年 月 日 ～ 年 月 日

3 研修代表者連絡先

所属・氏名
住 所
電話番号

4 遵守事項

- 研修に際しては、貴病院の諸規則を遵守するとともに、貴病院の責任者の指示に従います。
- 万一、研修生が故意に過失等により貴病院に損害を及ぼした場合又は研修生が被災した場合は、当機関が一切の責任を負います。
- 研修中に知り得た貴病院に関わるあらゆる情報に関して、研修生及び当機関は情報の漏えいはいしません。