

平成 21 年度 NST 専門療法士研修申込書

年 月 日

鹿児島厚生連病院 NST 教育チーム
代表 今村 也寸志 殿

5月21日より 貴院にて実施され NST 専門療法士研修講座に 参加いたします。

ふりがな

名 前

生年月日 西暦 年 月 日 ()歳

職 種

勤務先

現住所 〒 -

電話 - -

Fax - -

E-mail

研 修 同 意 書

年 月 日

鹿児島厚生連病院 NST 教育チーム
代 表 今村 也寸志 殿

5月21日より 貴院にて実施される NST 専門療法士研修講座に

当院()が参加することに同意します。

施設名

施設長名

住所 〒 -

電話 - -

Fax - -

E-mail