

平成 23 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

6月2日より貴院にて実施される平成 23 年度 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

6月2日より貴院にて実施される平成 23 年度 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