

日本臨床看護マネジメント学会 主催

「M-S-T メソッド 看護管理者のマネジメントスキル・ワークショップ」

研修会依頼書

FAX 03-5244-5142

下記の項目をすべてご記入のうえ、FAX 送信してください。

申込日	
申込人氏名	
ご所属・部署・役職	
希望研修	<input type="checkbox"/> 2日コース <input type="checkbox"/> 5日コース いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>
場所	<input type="checkbox"/> 貴院内 <input type="checkbox"/> 他会場 いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>
研修希望日(必ず第4希望までご記入ください)	
①	年 月 日、 月 日
②	年 月 日、 月 日
③	年 月 日、 月 日
④	年 月 日、 月 日
参加人数	
郵便物送付先住所	〒
部署・役職・氏名	
TEL ・ FAX	
Email	

追って、研修日と研修費見積をお知らせいたします。