**2025年度高知医療センター看護局**

**集合研修他施設公開研修**

**メール申し込み書**

**申し込みメールアドレス：kango\_kyouiku@khsc.or.jp**

**○申し込み施設情報**

　病院名：

　申し込み代表者役職・氏名：

　病院住所：〒

　連絡先：　　　　　　　　　　FAX番号：

　E-mail：

**○受講希望研修名・受講者氏名等**

**（オンライン研修の方はメールアドレスを記載ください）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修日 | 研修名 | ふりがな  氏　名 | メールアドレス |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**○受講決定に関して**

・定員になり次第、募集を締め切らせていただきます。

・応募多数で受講が難しい場合は申し込み代表者方のE-mail もしくはFAXにてご連絡いたします。

・受講決定後欠席される場合は、事前に下記にご連絡をお願い致します。

**〇その他**

・成人BLS/AED研修受講決定後、事前学習資料等を申し込み施設の申し込み代表者宛てに郵送いたします。

・事前課題がある研修については、申し込み施設の申し込み代表者宛てに郵送もしくはメールいたします。

・集合研修他施設公開研修に関するご意見やご要望がありましたら下記に記載ください。

※ご不明な点については、下記までご遠慮なくお問い合わせください。

〔お問い合わせ先〕

高知医療センター看護局　教育担当

TEL：088-837-6755　　FAX：088-837-6766