

《ファクシミリ送信票》

あて先：東京都立小児総合医療センター看護部

看護担当科長 釜 英介

平成25年度 子供の心診療支援拠点病院事業

児童・思春期精神科病棟看護実習申込書

〈参加希望者〉 希望者1名につき、1枚ご使用ください。

氏名： _____ (男・女) TEL： _____

所属(勤務先)： _____ 部署名等： _____

看護師経験年数：(_____ 年)

児童思春期精神科経験： あり(_____ 年) ・ なし(今後予定あり・なし)

希望の動機：

通信欄

送信先：FAX 042-312-8162