

《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 佐藤 環

平成30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。

希望する期間に○印を付けてください。

申し込み期間 ●夏期 7月19日 ～ 7月20日

●秋期 11月15日 ～ 11月16日

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