

申込締め切り : 2018年6月28日(木) 17:00

栄養サポートチーム専門療法士実地修練 申込書

実習日時	7月20日(金)・26日(木)・27日(金)・8月2日(木)・3日(金) (5日間) ※ 研修時刻は8:30~17:00を基本としますが、 日により研修終了時刻が変更となりますので、ご了承下さい。		
申 込 日	西暦	年	月 日
申込者氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 () 歳		
住 所	〒		
勤務先 施設名・住所 所属・役職 連絡先電話番号 連絡先メールアドレス	メールアドレス _____ ※ 携帯電話のアドレスは不可です。		
職 種	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士		
実習費用	40時間で20,000円(消費税込み)、指定銀行口座に振込となります。 (振り込み方法は後日ご案内させていただきます。)		
個人情報保護	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない ※1		
その他			

※1 当病院ホームページのプライバシーポリシー(個人情報保護方針)をご参照ください。