

(様式 1)

講師依頼申込書

希望講義名	
主な内容 趣旨など	
講義希望日	第 1 希望 年 月 日 () 時 分～ 時 分
	第 2 希望 年 月 日 () 時 分～ 時 分
	第 3 希望 年 月 日 () 時 分～ 時 分
受講対象者	対象の職種や経験年数などを記載してください
参加予定人数	おおよその人数をご記入ください
依頼者	担当者名： 依頼施設名 依頼日：
連絡先	電話： FAX Eメール
備考	

【申し込み 及び お問い合わせ】

医療法人財団慈生会 野村病院 看護部

担当者：各認定看護師

住所：三鷹市下連雀 8 丁目 3 番 6 号

TEL：0422-47-4848 (代)

FAX：0422-47-4877 (代)

メールアドレス：certified_n@nomurahp.or.jp