

(様式1号)

受 講 願 書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構  
小諸高原病院長 殿

勤 務 先

勤務先所在地

役 職 名

氏 名

印

貴院の令和2年度認知症対策研修「看護師課程」の研修を受講したいので、関係書類を添えて申請いたします。

回	期 日	希望
第50回	令和2年7月 6日(月) ~ 令和2年7月10日(金)	
第51回	令和2年7月27日(月) ~ 令和2年7月31日(金)	

(注) 希望する回に○印をつけて下さい。