**富山県立中央病院**

**「看護学生のためのオープンホスピタル」参加申込み**

|  |  |
| --- | --- |
| **開催日****（いずれかに○をつけてください）** | **第１回目　　平成30年3月21日（水・祝）****第2回目　　平成30年5月 3日（木・祝）****第3回目　　平成30年7月 21日（土）** |
| **大学／学校名** |  |
| **学　年** |  |
|  |  |
| **住　所****（帰省先住所）** |  |
| **携帯電話****メールアドレス** |  |
| **参加される****ご家族の氏名及び続柄** |  |

**※申込み方法：下記の住所またはアドレスまでe-mail またはFAXでご送付ください。**

**〒930-8550　 富山市西長江2-2-78
富山県立中央病院　看護部　看護研修科長　吉沢　紀子
TEL：076-424-1531（内線2632）　 FAX：076-422-0667**

 **E-mail：****kangokenshu@pref.toyama.lg.jp**

**（上記の内容を本文に記載して送信ください。）**

**※ 申込み期限 ： 第１回目　　3月6 日（火）までに**

　　　　　　　　　 **第２回目　　4月17日（火）までに**

　　 　　　　　　　**第３回目　　7月10日（火）までに　ご応募ください。**

**※詳しくは、ホームページをご覧ください。**