

神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 教員・教育担当者養成課程看護コース

課程説明会～入学希望者説明会～ FAX 申込書

(FAX送信先) 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 実践教育部

(FAX番号) 045-366-5803

希望する説明会の日程に○をつけてください。		() ①平成29年10月20日(金)14:00～16:00 () ②平成29年12月9日(土)10:00～12:00
申込者	氏名	
	住所	〒 —
日中の連絡先電話番号		(自宅 携帯 職場)
勤務先	名称	
	所在地	〒 —
	電話番号	
職種 該当するものに○をつけてください。 複数回答可	保健師 助産師 看護師 専任教員 実習指導教員 その他()	
保健師・助産師・看護師の資格取得後の実務経験年数	()年	
当課程説明会をどのように知りましたか。 該当するものに○をつけてください。 複数回答可	() 1 上司から聞いた () 2 卒業生から聞いた () 3 「県のたより」等、県の広報を見て () 4 インターネットを見て () 5 職場等に送付された募集要項やパンフレットを目にして () 6 その他()	