東京都リハビリテーション病院 看護部

**令和6年度「リハビリテーション看護エキスパート研修」申し込み書**

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 研修生氏名 | 年齢（　　　　　）歳 |
| 看護師歴 | 年目 |
| 受講理由  （学習したい内容等） |  |
| 上司の推薦理由 | 職位：　　　　　　　　　氏名： |
| 貴院の研修窓口  （当院からの連絡を  受けていただく方） | 職位：　　　　　　　　　氏名：  電話番号：  メールアドレス： |

**締め切り：令和6年5月20日（月）**

**上記内容を記載し、e-mailまたはFaxにて申し込みをお願いいたします**。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【申込先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　看護部教育師長　 斉藤　良子

℡：03-3616-8600 （内）7056

Fax：03-3616-8705

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail　　[kyoiku2@tokyo-reha.jp](mailto:kyoiku2@tokyo-reha.jp)