

「平成29年度 札幌南青洲病院 再就職支援セミナー申込用紙」

FAX 011-883-0642

(ふりがな) お名前	
性別 年齢	男性 ・ 女性 年齢 () 歳
職種 潜在期間・経験年数	看護師 ・ 准看護師 潜在期間 年 ・ 経験年数 年
ご住所	〒 (番地・マンション名も明記してください)
電話番号	(自宅)
	(携帯)
当院のセミナー参加にあたり、学びたいことを記載してください。	

※申し込み期限は、8月30日(水)までとなります。