

広島県看護協会 福山・府中支部

「救急蘇生（初級コース）」研修会 申し込み書

施設名（ ）

*該当するところを○で囲んでください

ふりがな 氏名 (楷書でお書き下さい)	保・助・看・准	会員 非会員	臨床 経験年数	研修会当日の連絡先
	保・助・看・准	会員 非会員	年	
	保・助・看・准	会員 非会員	年	
	保・助・看・准	会員 非会員	年	
	保・助・看・准	会員 非会員	年	
	保・助・看・准	会員 非会員	年	
	保・助・看・准	会員 非会員	年	

*申し込み期限：2026年5月18日（月）

*申し込みが多数の場合は、お断りすることがあります。

*受講者には、決定後に詳細な案内を施設宛に送付します。

申し込み先 特定医療法人 財団竹政会 センtral病院 宮田 夕
FAX (084) 924-8040