別紙１

新型コロナウイルス感染症対応看護職員養成研修事業

重症患者対応研修申込書

【担当】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　部署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 職　名 | 氏　名 | 職　種 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　※　申込が定員を上回る場合、看護職員については優先順位により受講を調整させて

いただきますのでご了承ください。

　※　医師の参加がある場合には、こちらに記載してください。