日赤てくてく 勉強/相談会　申込み用紙

記入日：　　年　　月　　日

◆必要事項をご記入の上、Faxでお申込み下さい
◆お申込み先
　日本赤十字社医療センター　看護部 看護支援室
　Fax：03-3400-1106
◆お申込みを受付後、当センターの担当者から依頼者宛にご連絡いたします

施設名	
連絡先	住所： 電話： メールアドレス： ご希望の連絡方法に☑をお入れください □ 電話（連絡可能な時間帯：　　） □ メール
依頼者氏名 （ふりがな）	
依頼内容を ご記入下さい ※患者宅への直接訪問は 対象外です	
希望の開催日時	第1希望：　月　日（　）　時間（　　） 第2希望：　月　日（　）　時間（　　）
その他要望など	