FAX送信票

FAX：０１９８－２４－０５２２

独立行政法人国立病院機構花巻病院　CVPPP推進部会（代表：荒川亮）　宛

**【2019年度　CVPPPフォローアップ研修受講申込書】**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名（法人名なども） |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　－ |
| 連　絡　先 |  |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 性　　別 | □　男　　　　　□　女 |
| 生　年　月　日 | 　昭和　・　平成　　　　年　　　月　　　日生　　　　　　歳**※１** |
| トレーナー取得研修会 | * 花巻病院開催研修　（平成　　　年度　第　　　回）
* その他研修

平成　　　年　　　月取得　　主催組織：　　　　　　　　　　　　　　　※日精看など　　開催地：　　　　　　　　　　　　　　 |
| 駐　車　場 | 　□　利用する　　　　　□　利用しない |
| 懇　親　会 | 　□　参加する　　　　　□　参加しない　　**※２** |

**※１**生年月日はスポーツ保険加入の際に必要となります。

**※２**初日に4000円にて懇親会を開催します。