（様式　5）　　受付番号＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日

社会医療法人緑泉会米盛病院　看護師特定行為研修センター長　様

（申請者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連　絡　先　届

社会医療法人緑泉会米盛病院　看護師特定行為研修の選考及び受講決定後の手続きに関する連絡先について、下記のとおり届け出ます。
なお申請するにあたり、貴院が下記の情報を使用することに同意します。

記

1	フ　リ　ガ　ナ	
	氏　　名	
2	連　絡　先　①	-　　-
3	メ　ー　ル　ア　ド　レ　ス	
4	選考結果通知書の送付先	〒　　-

注1　「※受付番号」の欄は、記入しないでください。
注2　連絡先には、日中（8時30分～17時15分）に連絡がつく連絡先をご記入ください。
注3　緑泉会職員は、提出不要です。