

(様式1)

受講願書

年 月 日

京都府立医科大学 学長 殿

「Project KPUM 重症患者に対応できるジェネラリストナース養成プロジェクト」の受講を
願いたいので関係書類を添えて申し込みます。

ふりがな			
氏名 (自署)			
現住所		〒 _____ TEL: () 携帯電話: () メールアドレス(PC): _____	
施設名	名称		
	所在地	〒 _____ TEL ()	
	職種	職位	
志願コース ※志願するコースの欄に✓を付記してください。	<input type="checkbox"/> 実践コース (Aコース) <input type="checkbox"/> 学習コース (Bコース)		
賠償責任保険 ※どちらかに✓を付記してください。	<input type="checkbox"/> 加入している (保険名: _____) <input type="checkbox"/> 加入していない		