

## 連 絡 先

選考日などで連絡事項が生じた場合など、特定行為研修センターより連絡をさせていただきます場合があります。連絡先を下記に記載して下さい。

ふりがな 氏 名	
携帯電話番号	— —
上記以外で 連絡のつく電話番号	(連絡先名 自宅：職場：他 )  T E L :  F A X :
メールアドレス (パソコン用)	@
結果通知の送付先	〒 —  住所  受取り人が本人以外の場合の宛名 ( )

上記の個人情報は、看護師の特定行為研修受講や選考に関する連絡などの目的以外に使用することはありません。