



FAX : 078-361-2880

医療的ケア教員講習会 申込書

必要事項をご記入ください ※□には、該当するものに「✓」を入れてください

申込日	令和 () 年 () 月 () 日				印
フリガナ					
氏名					
生年月日	S・H () 年 () 月 () 日	年齢		性別	男 ・ 女
所持資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()				
住所	〒()-()				
連絡先	自宅 TEL	()-()-()	携帯 TEL	()-()-()	
	携帯メール				
勤務先	法人 事業所名		住所	〒()-()	
	ご担当者 氏名		TEL	()-()-()	
	サービス 種別	※例：特別養護老人ホーム		FAX	()-()-()

支払	振込人	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 法人			
テキスト 等送付先	法人 事業所名		ご担当者 氏名		
	住所	〒()-()	TEL	()-()-()	
		FAX	()-()-()		

- ※1 当講習は原則、医師・保健師・助産師・正看護師の資格をお持ちの方を対象としています。
開校日に正看護師の免許証（コピー）をご提出ください。
- ※2 修了証は本申込書の氏名・生年月日・住所にて発行されます。
正看護師免許証・本人確認書類と同じ氏名・生年月日を同じ字体でご記入ください。
- ※3 申込人数により希望コースが開校中止の場合、別コースのご希望がない場合や、別コースが開講中止の場合、振込手数料も含めて全額返金します。