

受理日 年 月 日

(令和8年度)医療的ケア教員講習会 申込書

★ 受講申込み時に、保有資格証(看護師免許証等)及び運転免許証の写しを添付の上、送付ください。

ふりがな			性別 (☑をしてください)	☐男 ☐女		
氏名	(姓)	(名)				
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳
自宅住所	〒					
電話番号	※ () -					
E-mail	※					

※:連絡が取れる電話番号・アドレスの記載をお願いいたします。

勤務先名	※法人名と事業所名を記入してください。				
勤務先住所	〒			勤務先 電話番号	() -
看護師免許 取得年月日	年	月	日	取得	看護師免許取得後実務経験が5年以上ありますか ☐ある ☐ない (☑をしてください)
勤続年数 (現在の勤務先)	年	ヶ月	看護職 経験年数	年	ヶ月
現在の職位 (該当するものに○をつけてください)	1. スタッフ 2. 副主任 3. 主任 4. 師長 5. その他 ()				

受講料 (☑をしてください)	<input type="checkbox"/>	20,000円(消費税・テキスト代込) *お振込み時の手数料はご負担ください。
介護職員等に対し喀痰吸引や経管栄養の資格取得するための指導予定が ☐ ある ☐ ない ☐ 未定 (☑をしてください)		

【個人情報の取り扱いについて】

◆ 受講申込書に記載した個人情報は本人の同意なく本研修以外には使用することはありません。

◀ 申込先 ▶ 株式会社ルリマネジメント ルリ総合学園
〒855-0065 長崎県島原市南柏野町3118-1