受理日	年	月	日
-----	---	---	---

.k4-□.i

(令和7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。

氏 名	(姓)	(:	名)		「生別」 (図をしてください)	□男	□女
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	きす。
勤務先名	※法人名と事業所名を記え	入してください。					
勤務先 住所	〒				電動務先	-	
看護師免許 取得年月日	年 月	B	取得 得後が5年	師免許取 実務経験 ∓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		請護職 験年数		年	ケ月
現在の職位 (該当するものに○を っけてください)	1. スタッフ 5. その他(2. 副主任	3. 主任	4. 師長			
受講料 (図をしてください)	20,000	——— 円(消費税·テ	キスト代込)*	ーーー お振込み時の手	数料はご負担くだ	さい。	
↑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】

ふりがな

◆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。