

平成29年度 医療的ケア教員講習会 受講申込書

記入日 H 年 月 日

受講生				
フリガナ		生年月日	昭和	
氏名			平成	年 月 日
住所	〒			
電話番号		メールアドレス		
所持資格	医師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師		実務経験	年 月

所属施設				
法人名				
サービス種別		施設名		
所在地	〒			
電話番号		FAX番号		
メールアドレス	@			
施設担当者	役職		担当者名	

回数	開催日時	研修会場名
第4回	平成29年10月30日(月)9時30分～17時30分	医療法人社団 創造会 平和台病院 未来館2階

【申込書と同封するもの】

- ① 医師又は正看護師免許証のコピー
- ② 封筒長形 3号封筒に82円切手を貼付し受講者の住所氏名を記入してください

<p>【お問い合わせ先】 〒270-1101 千葉県我孫子市布佐834-28 医療法人社団 創造会 平和台病院 医療的ケア教員講習会担当:平 TEL :04-7189-1545(直) 内線8522(平日 9時～17時) FAX:04-7188-5709 E-mail: info-scc3@medicalplaza.or.jp</p>

*は記入しないでください

	受付日	資格証	決定通知送付	振込確認
* 教育研修G 記入欄				