

## 平成30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5回 | 平成30年7月9日(月)9時30分～17時30分 | 医療法人社団 創造会 平和台病院<br>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><b>【お問い合わせ先】</b><br/>                 〒270-1101 千葉県我孫子市布佐834-28<br/>                 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<br/>                 TEL :04-7189-1545(直) 内線8522(平日 9時～17時)<br/>                 FAX:04-7188-5709<br/>                 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<br>記入欄 |     |     |        |      |