

＜平成28年度 第3回 医療的ケア教員講習会 受講申込書＞

入日 平成 年 月

受講者				
フリガナ		性別	男 ・ 女	
氏名		生年月日	昭和 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 カ月

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3回	平成29年2月20日(月)	医療法人社団 創造会 平和台病院 未来館2階 我孫子市布佐834-7

【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 返信用長形3号封筒(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】</p> <p>〒270-1101 千葉県我孫子市布佐834-28</p> <p>医療法人社団 創造会 平和台病院 総務部 教育研修グループ 担当：平</p> <p>TEL：04-7189-1545 内線1506(平日9時～17時)</p> <p>FAX：04-7189-5079</p> <p>E-mail：s_taira@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				