

＜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 | | | | |