

2023年度 医療的ケア教員講習会 受講申込書

提出日 2023 年 月 日

【受講者】

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日
氏名				
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	

	開催日時	研修会場名
2023年度	7月10日(月)9時00分～18時00分 オリエンテーション等含む	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 医師又は保健師・助産師・看護師の免許証写し
- ② 封筒長形 3 号封筒に84円切手を貼付し受講者の住所氏名を記入してください

【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 総務部 医療的ケア教員講習会担当:平
 TEL :04-7189-1545(直) (平日 9 時～17 時)
 FAX:04-7189-5079
 E-mail: info-scc3@medicalplaza.or.jp

*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				