



F A X 0 1 2 0 - 9 5 3 - 6 9 2

平成29年度 医療的ケア教員講習会 申込書

必要事項をご記入ください

※ □ には、該当するものに「✓」を入れてください

株式会社ニッソーネット

福祉の教室 <介護・保育>

ほっと倶楽部

申込日	平成 ()年 ()月 ()日					印			
フリガナ									
氏名	※1								
生年月日	S・H ()年 ()月 ()日					年齢		性別	男・女
所持資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()								
現住所	〒()-()								
連絡先	自宅TEL	()-()-()			携帯TEL	()-()-()			
	携帯メール		()@()						
勤務先	法人 事業所名				住所	〒()-()			
	ご担当者様								
	サービス 種別	例：特別養護老人ホーム							
	TEL	()-()-()			FAX	()-()-()			

希望コース	平成 ()年 ()月 ()日 開校	教室名：(横浜駅前校)
-------	----------------------	---------------

上記の者について、平成29年度たんの吸引等に係る介護職員等研修の受講を申し込みます。

平成29年 月 日

施設・事業所責任者氏名

印

※1 当講習は原則、医師・保健師・助産師・正看護師の資格をお持ちの方を対象としています。

開講日に正看護師の免許証（コピー）をご提出ください。

※2 修了証は本申込書の氏名・生年月日・住所にて発行されます。

正看護師免許証・本人確認書類と同じ氏名・生年月日を、同じ字体でご記入下さい。

※3 入校書類・振込用紙等は、法人住所・ご担当者様宛にお送りいたします。お申込み受付後、概ね2週間以内に発送いたします。