

(別紙様式)

医療的ケア教員講習会受講申込書

記入日	令和 年 月 日
-----	----------

(ふりがな) 氏 名	()	性別	男・女	生年月日 年齢	年 月 日 才
自宅住所	〒				
	TEL		FAX		
保有資格		取得年月日	昭和 平成	年 月 日	
資格取得後の 実務経験	年 月	その他の資格			
勤務されて いる方	(勤務先名)	(住所) 〒			
		TEL - - /FAX - -			
《その他》					
講習修了後、当センターが実施する「医療的ケア講習等」の非常勤講師を引き受ける事は、可能ですか？いずれかに○印をつけてください。					
(はい いいえ)					
上記で「はい」とお答えになった方は、よろしければ可能な曜日、時間など具体的にご記入ください。					
()					

医療的教員講習会の受講を申し込みます。

公益財団法人介護労働安定センター宮崎支部

支部長 殿

受講者氏名

印