

(別紙様式)

令和6年度 医療的ケア教員講習会受講申込書

☆請求番号										
☆受講料										

記入日	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 ヶ月			その他の資格		
勤務されて いる方	(勤務先名)			(住所) 〒		
				TEL/FAX - -		

【確認事項】 ※受講の案内等は、メール対応とさせていただきます。

	資格証（写）※コピーの添付をお願いいたします。	
	※使用テキストは、当日会場で配布します。	
	テキスト購入 有 / 無 [使用テキスト：新版「喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」2,420円 新版「喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」（指導者用）880円]	
	※日中の連絡先について 勤務先 / 携帯電話 (- -)	
	※請求書送付先について 事業所宛 / 個人宛	
	※『申込完了・受講決定通知書』等送信先 事業所 / 個人	
	E-Mail(必須)	

標記講習の受講申し込みをいたします。

公益財団法人介護労働安定センター愛媛支部

支部長 木藤 環 殿

受講者氏名 _____