

申込日 令和 年 月 日

受講申請書

※受付番号

8

FAX

0742-35-2707

※受付印

※欄は記入しないこと

講習名

医療的ケア教員研修 (令和 7 年 12 月 10 日)

以下の太線枠をご記入のうえ FAX 願います

受講者氏名	フリガナ 年齢 才 ※受講資格 医師・保健師・助産師・正看護師の方で 資格取得後5年以上の実務経験が必要です		
テキスト購入 (該当に○印)	有 ・ 無	「介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」 2021.9月発行 / 中央法規出版(株)	
	有 ・ 無	「介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト指導者用」 2021.12月発行 / 中央法規出版(株)	
法人名		事業所名	
住所 (発送先)	注) 受講料請求書兼振込票発送先をご記入ください。 〒		
TEL/FAX /e-mail	TEL () / FAX () e-mail @		
複数回・複数名お申込みの場合【受講料のお振込み方法】(希望に○印) ➡ 一括 ・ 各回			
入金確認及び受講通知書 FAX 送信先(希望先に○印) ➡ 勤務先 担当者() 様宛 ・ 自宅			
資格取得 (該当するものに□をつけてください)	医療分野の経験年数 年 か月		
	医療分野での取得している資格 □医師 □保健師 □助産師 □正看護師 その他 ()		
備考			

◎ご記入いただいた個人情報は、当講座の開催に必要な範囲で使用するほか、当センターの事業のご案内に使用させていただきます。ご提供いただいた個人情報は、当センターの規程に基づき厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

お申込み・問合せ

公益財団法人介護労働安定センター奈良支部

〒630-8115 奈良市大宮町4丁目266-1 三和大宮ビル2F

TEL 0742-35-2701 / FAX 0742-35-2707

担当者 鳥谷