

受講申込書

年 月 日

公益財団法人 介護労働安定センター新潟支部

医療的ケア教員講習会

令和7年 7月10日（木）

新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター 中研修室 【新潟市中央区清五郎67-12 デンカビッグスワン内】

◆事業所でお申込み◆ ※ 修了証を交付しますので、生年月日は正確にご記入ください。

フリガナ				TEL	()			
事業所名				FAX	()			
住 所	〒			※3名以上のお申込みは用紙を複写しご使用ください。 ※資格者証の写しと併せてお申込みください。				
フリガナ			性 別	資 格	1 医師	2 保健師	3 助産師	4 正看護師
氏 名			男 女	取 得 後 の 実務経験	年 カ月			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 () 才							
住 所	〒			TEL				
フリガナ			性 別	資 格	1 医師	2 保健師	3 助産師	4 正看護師
氏 名			男 女	取 得 後 の 実務経験	年 カ月			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 () 才							
住 所	〒			TEL				

◆個人でお申込み◆ ※修了証を交付しますので、生年月日は正確にご記入ください。

フリガナ			性 別	勤務先	事業所名： _____			
氏 名			男 女		住所： _____			
住 所	〒							
Tel・Fax	TEL ()				FAX ()			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 () 才		資 格	1 医師	2 保健師	3 助産師	4 正看護師	
			取 得 後 の 実務経験	年 カ月				
※資格者証の写しと併せてお申込みください。								

◎受講者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、当該講習に関する通知等の送付および講習実施に関する新規講座等のご案内送付の範囲内で利用させていただきます。

◎ご提供いただいた個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

◎上記につきまして不都合な点がございましたら、お手数ですがセンターまでお問い合わせください。