

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8年 7月17日（金）9：30～18：00
新潟ユニゾンプラザ 小研修室2 【新潟市中央区上所2-2-2】

◆事業所でお申込み◆ ※ 修了証を交付しますので、生年月日、受講者自宅住所等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て使用ください。 ※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
氏 名		男 女	1 医師 2 保健師 3 助産師 4 正看護師 取得後の 実務経験
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ()才		年 月
住 所	〒	TEL	
フリガナ		性 別	資 格
氏 名		男 女	1 医師 2 保健師 3 助産師 4 正看護師 取得後の 実務経験
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ()才		年 月
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、自宅住所等は正確にご記入ください。

フリガナ		性 別		事業所名：
氏 名		男 女	勤務先	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 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。