

「喀痰吸引等研修講師・実地研修指導看護師及び医療的ケア教員講習会」受講申込書

受講を希望される方は受講案内の「注意事項」をご確認いただきお申込みください。

※受付印

※の欄はセンター記入欄

※受付番号

申込日：令和 年 月 日

◎センターからのご連絡先に☑をお願いいたします。

氏 名	フリガナ		生年月日	
	男 ・ 女		昭和 年 月 日 歳	平成
自宅住所	〒			
	□TEL: () FAX: () □携帯: ()			
勤務先	事業所名			
	住 所	〒		
		□TEL: () FAX: ()		
受講決定通知等送付先		どちらかに○をつけてください。 自宅 勤務先		
保有資格			取得年月日	昭和 年 月 日 平成
資格取得後の 実務経験	年 ヶ月			

- 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連絡、受講の際の本人確認、新規講習等のご案内の送付の範囲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、支部までお申し出ください。

【個人情報に関するお問い合わせ先】

公益財団法人介護労働安定センター沖縄支部

TEL 098-869-5617 FAX 098-869-5618