

「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： 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
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