**「医療的ケア教員講習会」受講申込書**

令和　　年　　月　　日

医療法人光陽会医療介護福祉研修センター

センター長　　篠﨑　仁史　　　殿

　私は医療法人光陽会医療介護福祉研修センター開催の、医療的ケア教員講習会の受講を申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 性別 | 男・女 |
| 受講者氏名 |  | | ㊞ |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　年　　　　月　　　　日　生（　　　　）歳 | | | | |
| 受講生住所 | 〒  連絡先電話番号　　(　　　　) | | | | |
| 勤務先 | 法人名 | 事業所名 | | | |
| 職種　　　　　　　　　　　　　　　実務経験　　　　　　　　　年  介 | | | | |
| 〒  ℡　　　(　　　)　　　　　　　　FAX　　　(　　　) | | | | |
| 実務経験 | （　　　　　　　　　　　　）年 | | | | |
| 連絡事項等 |  | | | | |

（事務局）

医療法人光陽会医療介護福祉研修センター

担当者　　　小川、三浦

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：0467-24-9400,　Fax：0467-61-3602