

## 2020年度 医療的ケア教員講習会 受講申込書

記入日                    年            月            日

受講生			
フリガナ		生年月日	昭和            年            月            日
氏名			平成
住所	〒		
電話番号		メールアドレス	
所持資格	医師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師		実務経験            年            カ月

所属施設			
法人名			
サービス種別		施設名	
所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス	@		
施設担当者	役職		担当者名

回数	開催日時	研修会場名
第7回	2020年10月30日(金)9時30分～17時30分	医療法人社団 創造会 平和台病院 未来館2階

**【申込書と同封するもの】**

- ① 医師又は保健師・助産師・看護師免許証のコピー
- ② 封筒長形 3号封筒に84円切手を貼付し受講者の住所氏名を記入してください

**【お問い合わせ先】**

〒270-1101 千葉県我孫子市布佐834-28  
 医療法人社団 創造会 平和台病院 医療的ケア教員講習会担当:平  
 TEL :04-7189-1545(直) 内線8522(平日 9時～17時)  
 FAX:04-7189-5079  
 E-mail:info-scc3@medicalplaza.or.jp

\*は記入しないでください

	受付日	資格証	決定通知送付	振込確認
* 教育研修G 記入欄				