

様式1

**介護職員等医療的ケア「教員講習会」受講申込書**

**「受講申込書」**と**「資格証の写し」**をFAXかメールでお送りください。

　FAX：019-613-4657　　　E-mail：hitotemacare@hitotemacare.com

令和　　　年　　　月　　日（　　）開催の教員講習会に申し込みます

提出日　西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | ふりがな |  | | | 生　年　月　日 | |
| 受講者氏名 | （　男・女　） | | | S　・　Ｈ　　　年　　月　　日  （　　　　）歳 | |
| 受講者連絡先 | 自宅住所 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | | FAX番号 |  |
| メール |  | | | |
| 2 | 現在の勤務先 | 事業所名 |  | | | |
| 所在地 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | | FAX番号 |  |
| メール |  | | | |
| 3 | 希望の連絡方法  いずれか１つに  〇印 | （受講確認書兼請求書の送付先）  受講者のメール・受講者のFAX・事業所のメール・事業所のFAX | | | | |
| 4 | 保有資格 | 正看護師　　保健師　　助産師　　医師 | | | | |
| 取得年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 資格取得後の  実務経験 | | 年　　　　　ヶ月 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修機関  記載欄 | 受講者管理NO. | 書類受理日： | 受講確認送付日： |
| 入金日： | 修了証発行日： | 修了証発行番号： |