平成 30 年度　医療的ケア教員講習会　受講申込書

申込日　　年　　月　　日

申込み　※ご希望の回に〇を記入してください

受講希望	回　数	日　程
	第　1　回	2018 年 5 月 26 日（土）
	第　2　回	2018 年 11 月 10 日（土）
	第　3　回	2019 年 3 月 2 日（土）

受講者について

ふりがな		性別	男　・　女	
氏　名		生年月日	年　月　日生	
住　所	〒			
ＴＥＬ		携 帯 電 話		
所持資格	※所持資格に〇を記入してください 医師　・　保健師　・　助産師　・　看護師		実務経験	年

所属施設について

法人名			
サービス種別		施設名	
所在地	〒		
ＴＥＬ		ＦＡＸ	

※　お申込の際に必ず正看護師等資格免許証のコピーを提出してください。

※　テキスト代は含まれています。

【 お申込 ・ お問い合わせ 】
〒372-0056
群馬県伊勢崎市喜多町 121-2
IBCアカデミー　　担当　岸川
TEL:0120-61-5932　　FAX:0270-61-5934