

# 2019 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○を記入してください

受講希望	回数	日程
	第 1 回	2019 年 6 月 5 日 (水)
	第 2 回	2019 年 11 月 9 日 (土)
	第 3 回	2020 年 3 月 7 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○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