

令和3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	令和3年 6月2日(水)
	第2回	令和3年 11月15日(月)
	第3回	令和4年 2月28日(月)

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 】

〒379-2204

群馬県伊勢崎市西久保町3丁目762-1 2F

IBCアカデミー

担当 岸川

TEL:0120-61-5932

FAX:0270-61-5934