

令和4年度 医療的ケア教員講習会 申込書

申込み

申込日 年 月 日

ご希望の回に○を記入してください		日 程
	第 1 回	令和 4 年 6 月 8 日 (水)
	第 2 回	令和 4 年 1 1 月 9 日 (水)
	第 3 回	令和 5 年 2 月 2 7 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	〒		
T E L		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	〒		
T E L		F A X	

※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 】

IBCアカデミー 〒379-2204 群馬県伊勢崎市西久保町 3 丁目 762-1 2F
TEL:0120-61-5932 FAX:0270-61-5934