

令和5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 5 年 6 月 7 日 (水)
	第 2 回	令和 5 年 1 1 月 8 日 (水)
	第 3 回	令和 6 年 3 月 4 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

書類送付先

ご自宅 ・ 所属施設 (ご担当者名 様)

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

<https://ibc-ac.jp>