

年 月 日

令和5年度医療的ケア教員講習会

受講申込書 (郵送にてお申し込みください)

特定非営利活動法人

フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

ふりがな 氏 名			
生年月日・年齢	(和暦) 昭和・平成 年 月 日生 () 歳		
現在の勤務先	設置主体名	事業所名	
	所在地：〒		
	TEL	FAX	
現在の勤務先 の事業所種別		役職 推薦者名	㊞
保有資格	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師 該当○		
免 許	取得年月日：(和暦) 昭和・平成 年 月 日		
	免許番号：		
職 歴	名 称	業務内容	従事期間(年月)
指導の予定	あり なし	指導先	自事業所 他 ()

* 主免許状の写しを添付して下さい。

ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きのみに使用させていただきます。