

年 月 日

# 令和6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。