

# 講座受講申込書

記入日：平成 年 月 日

受講講座日時	医療的ケア教員講習会		平成28年 1月16日(土)	
ふりがな		性別	生年月日	
受講者名		男・女	昭和・平成 年 月 日	
自宅住所	(〒 - ) 市・郡 区・町			
本人連絡先電話番号	携帯 - 自宅 -	正看護師 取得年月日	昭和・平成 年 月 日	
申込関係書類の送付先・連絡先の希望は <input type="checkbox"/> 自宅へ <input type="checkbox"/> 勤務先へ ※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> してください。				
現在の勤務先	施設名 (〒 - )		勤務先種別 (特養・デイ)	
			TEL (FAX)	
資格取得後の実務経験	勤務年数	勤務期間		勤務先
年 月	年 月	年 月 ~	年 月	
	年 月	年 月 ~	年 月	
	年 月	年 月 ~	年 月	
介護職員への指導経験 年	本研修をどのようにしてお知りになりましたか？		修了後、どのようにご活用の予定ですか？	
駐車場利用希望 (有料:1日500円)	有・無	非常勤講師登録に興味がある		有・無

◆太枠内にもれなくご記入の上、正看護師資格者証のコピーも同封して郵送  
もしくはFAX送信にてお申し込みください。

備考 \*ご質問等ございましたらご記入ください。

【個人情報の取り扱いについて】ご記入いただきました個人情報については、法令に従い安全且つ適正に管理し、  
受講の登録手続き及びご本人への連絡、今後開催する講座、講演会のご案内にのみ使用させていただきます。

◆FAXでのお申込みは(24時間受付)

082-247-7330

資格者証のコピー  
も同時に送信して  
ください。

◆講座内容についてのお問い合わせは...

TEL:082-247-7333

平日(土日祝除く) 午前9時 ~ 午後6時受付

一般社団法人

福祉キャリアセンター

〒730-0822

広島市中区吉島東1丁目22-2

【ホームページ】

http://www.fukushicareer.jp

弊社記入欄

受付日

受付担当者

名簿入力

確認書

備考