

FAX 06-6606-8731

介護キャリアアカデミー大阪校【あびこ教室・京橋教室】
『医療的ケア教員講習会コース』 申込書

申込日 年 月 日

◆ 注意事項（名前の記載）

研修受講者の名前は住民票に記載されている文字となります。確認の上ご記入願います。

フリガナ 氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
受講資格(○をつけてください)	医師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 正看護師
住所 ※受講者様のご住所	〒
電話番号 ※受講者様のご連絡先	
申込み後の連絡先 ※振込の案内をお送りします	勤務先名： 担当： 勤務先住所：〒 FAX： TEL： メールアドレス：
振込名義人	

【医療的ケア教員講習会コースの申し込み内容】

※どちらかに○をお付けください

講習会のご希望日	年 月 日 あびこ教室 ・ 京橋教室
当てはまる項目に○をお付けください(任意)	【この講座を知ったきっかけは何ですか？】 1. ホームページ 2. 検索サイト(google ・ yahoo など) 3. 家族、友人の紹介 4. FAX チラシ 5. その他
【資格取得の対象となる方】 ・ 医師・保健師・助産師または正看護師の資格を取得した後5年以上の実務経験を有する方。 ※5年未満の実務経験でも講習の受講は可能です。 【備考・注意事項】 ・ 申込書は、受講者ごとに用紙を分けてください。 ・ 講習会の受講料は、16,500円(税込)です。申込書受領後、振込案内をお送りいたします。 (振込手数料は、貴方にてご負担願います。)	

本研修の申込をもって、下記の内容に同意することといたします。
[受講者本人、及び関わる事業所において、反社会的勢力との関わりがないことを表明します。]