

第2回

令和5年度 川崎市 医療的ケア教員講習会申込書

＜受講者情報＞

※氏名は正しく記入をお願いします。修了証に記載します。

申込日	年 月 日	研修日：10月30日(月)			
フリガナ					
氏名					
生年月日	(西暦) 年 月 日	性別		年齢	
看護師資格 取得年月日		看護師取得後 実務経験	年 月		
住所	〒				
電話番号 ※		メールアドレス ※	@		

※研修当日に必ず連絡の取れる内容をご記入ください。

＜法人・事業所情報＞

法人名					
事業所種別		事業所名			
管理者名 施設長名		担当者名	※左記とは別に連絡窓口の方がいる場合は記入。		
事業所 住所	〒				
電話番号		メールアドレス	@		

＜確認事項＞

にチェックをお入れください。

- 令和5年度川崎市介護職員にかかるたんの吸引等研修 募集要領内「12. 医療的ケア教員講習会の実施」の記載内容を理解した上で申込みをする。

＜提出書類＞ ※申込時

にチェックをお入れください。

- ① 令和5年度 川崎市 医療的ケア教員講習会申込書(本用紙)
- ② 受講申込における個人情報取得同意書
- ③ 看護師免許証の写し

<p>セントスタッフ株式会社 セントカレッジ 喀痰吸引等研修事務局 (住所) 〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町1-8-3 JP茅場町ビル2階 (TEL) 03-6803-5624 (E-mail) St_kenshu@home.misawa.co.jp</p>						
---	--	--	--	--	--	--

弊 社 記 入	申し込み	受講可否通知	入金	テキスト発送	修了証発行	受講番号
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	