

※必ずご記入ください。

WEB

参加日	月 日 ( ) 開催地 :			記入日	平成	年	月	日	
フリガナ				性別	生年月日	昭和	年	月	日
氏名	印			男・女	(年齢)	満 歳			
自宅住所	〒 -								
連絡先	(自宅等)			TEL	-	-	FAX	-	-
	(勤務先)			TEL	-	-	FAX	-	-
	メールアドレス			@					
現職名	常勤 非常勤 (いずれかに○印を付けて下さい)								
保有資格	現職の要件に 関係する資格				取得年月日	昭和	年	月	日
	その他資格								
<p>受講資格について、いずれかにチェックを付けてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>取得後、5年以上の実務経験がある資格</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 医師      <input type="checkbox"/> 保健師      <input type="checkbox"/> 助産師      <input type="checkbox"/> 正看護師</p> <p>※准看護師の方は受講いただけませんのでご了承ください。</p>									
養成施設名									
学科名									
養成施設 所在地									
開始年度	平成 年度入学生から						(医療的ケア教育を開始する 年度をご記入ください)		

医療的ケア教員講習会を受講したく、上記の者について申し込みます。

株式会社メディカル・プラネット  
代表取締役 野小生 周作 様

養成施設名  
代表者氏名

印

※修了証は受講当日にお渡しいたします。修了証には【氏名】【フリガナ】【生年月日】【自宅住所】が記載されますので、正確にご記入ください。

※養成施設名及び、【代表者氏名】【印】は可能な限りご記入・ご捺印ください。

(無記入でも、お申し込みは可能です。)

<個人情報の取扱について>

お預かりした個人情報は、「講習会情報の提供」「有益と思われる情報の提供」「サービス向上のための統計情報処理」の目的にのみ使用いたします。ご本人の同意なく第三者に提供することはありません。個人情報についての訂正・追加・または削除のお申し出をいただいたときは、直ちに変更・削除をいたします。 ※個人情報に関するお問い合わせ先：メディカル・プラネット PMS 管理部

メディプラ けあの学校 事務局  
〒108-0075  
東京都港区港南 2-4-12  
港南 YKビル 5 階  
TEL 03-6712-8890  
FAX 03-5461-2377