

令和8年度 医療的ケア教員講習会 申込書

申込日 年 月 日

ご希望の回に○を記入してください	
第1回	令和 8 年 6 月 17 日 (水)
第2回	令和 8 年 11 月 4 日 (水)
第3回	令和 9 年 1 月 27 日 (水)

ふりがな				性別	男 ・ 女
氏名				生年月日	年 月 日生
自宅住所	〒			電話番号	() -
所持資格	※所持資格に○を記入してください 医師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師			実務経験	年
書類送付先	自宅 ・ 勤務先	書類送付方法	郵便 ・ FAX ・ メール		
書類送付方法で FAX または メール を選んだ方はご記入ください					
FAX番号	() -	メールアドレス			
勤務先					
勤務先住所	〒			勤務先電話番号	() -
				ご担当者	様

※お申込の際に必ず正看護師等資格免許証のコピーを提出してください
※テキスト代は含まれています

【お申し込み・お問い合わせ】

アゼリア介護学院

〒379-2204群馬県伊勢崎市西久保町3丁目762-1 2F

担当：岸川・瀬谷



TEL : 0120-61-5932

FAX : 0270-61-5934

メール : info@azalea-kaigo.jp