

令和7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 7 年 11 月 14 日 (水)
第2回	令和 8 年 1 月 28 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

TEL : 0120-61-5932

メール : info@ibc-ac.jp

FAX : 0270-61-5934

<https://ibc-ac.jp>

こちらのQRコードからもお
申し込みいただけます

