

医療的ケア教員講習会 申込書

株式会社ジーインクリース

申込みコース	年 月 日 開講 医療的ケア教員講習会		
記入日	年 月 日	<p style="text-align: center;"><b>本人確認書類(コピー)貼付</b></p> <p style="text-align: center;">1. 運転免許証 2. 健康保険証</p> <p style="text-align: center;">以上の優先順位で貼り付けて下さい。 住所変更が裏面に記載されている場合は 裏面もコピーを貼り付けて下さい。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">                 裏面を下にして重ね、上になる表面は上部 だけ貼り付けて下さい。             </div>	
フリカナ			
受講者氏名			
生年月日	年 月 日		
住所	〒		
電話番号			
Mailaddress	リモート研修の場合は研修で使用する端末のアドレスを必ず記入		本人確認書類が 健康保険証の場合 顔写真を貼付 して下さい
修了証送付先	<input type="checkbox"/> 上記記載の住所と同じ <input type="checkbox"/> 上記記載の住所と異なる 異なる場合の送付先 ( )		
免許取得年月日	年 月 日 取得		

※ 氏名は正しい漢字でご記入下さい。(略字などは不可です。)

勤務経験及び 勤務先	勤務年月	勤務先(できる限り正式名称で記載)	勤務年数

※ 看護師等免許取得後の勤務経験をご記入下さい。(准看護師免許取得時の勤務経験は記入しないで下さい。)

以上の記載内容について、間違いはないので医療的ケア教員講習会を申し込みます。

年 月 日

誓約者名(自署)

印

記入後、看護師等免許証のコピーと共に**お申し込み**下さい。申込み受付後受講のご案内を送付致します。  
入金のご案内も同封しておりますので、入金確認後受講決定となります。ご了承下さい。