

# 医療的ケア教員講習会 受講申込書

- 下記申込書をご記入のうえ、資格証明書の写しと併せて、FAXまたは郵送にてお申込みください。  
○確認後、指定いただいた通知先に受講決定通知書を送付させていただきます。  
○受講決定通知書に記載された振込口座に、受講料をお振込みください。

記入日 平成 年 月 日

◎申込者情報			
ふりがな			
氏名		男・女	年 月 日生 歳
自宅住所	〒 -		
連絡先	FAX		
	TEL (携帯)		
メールアドレス			
所持資格	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 医師		
◎お勤め先情報			
施設名			
住所	〒 -		
連絡先	電話		FAX
◎受講決定通知書の送付先			
<input type="checkbox"/> 自宅住所へ郵送 <input type="checkbox"/> 自宅へFAX <input type="checkbox"/> 職場住所へ郵送 <input type="checkbox"/> 職場へFAX			
◎備考			

株式会社パンピック  
名古屋市中村区名駅4-3-10 東海ビル5F  
TEL : 052-562-4165 FAX : 052-562-4168

**FAX送信先 : 052-562-4168**