

受理日 年 月 日

令和3年度 IMSグループ医療的ケア教員講習会 申込書

★こちらの受講申込書に、保有資格証(看護師免許証等)のコピーを添付の上、送付ください。

ふりがな			性別 (☑をしてください)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
氏名	(姓)	(名)				
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳
						※1
自宅住所	〒 -					
電話番号	() -					
						※2
E-mail						
						※2

※1:年齢は令和3年4月1時点で算出してください。

※2:必ず連絡が取れる電話番号・アドレスの記載をお願いいたします。

勤務先名	※法人名と事業所名を記入してください。					
勤務先住所	〒 -				勤務先 電話番号 () -	
配属部署			主な 診療科目			
勤続年数 (現在の勤務先)	年	ヶ月	看護職 経験年数	年	ヶ月	
現在の職位 (該当するものに○ をつけてください)	1. スタッフ 2. 副主任 3. 主任 4. 師長 5. その他 ()					

テキスト購入 (どちらかに○をつけ てください)	事務局より購入する (受講料と併せてお支払いいただきます)
	自分で購入し、持参する
テキスト:「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」1,980円(税込) 「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト 指導者用指導上の留意点とQ&A」792円(税込) ※いずれも中央法規出版のものになります。	

【個人情報の取り扱いについて】

- ◆記載された情報は、本講習会の運営・管理・認定などにも使用いたします。
- ◆施設名・氏名を記載した受講者一覧表を各受講生に配布いたします。また、当日は施設名・氏名を記載した名札をお渡しいたしますので、講習会中は名札の着用をお願いいたします。
- ◆講習会中に写真を撮らせていただく場合がございます。
撮影しました写真はIMSグループ職員向け広報誌掲載・職員向けサイト掲載及び、IMSグループ外の人材募集による採用活動にて使用いたします。ご了承いただけない場合、予めお申し出ください。

《申込先》 IMSグループ本部事務局 イムス医療従事者生涯教育センター 大石 智子
〒170-0013 東京都豊島区東池袋1-33-8 NBF池袋タワー13階