

2019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)	☐男	☐女
氏名	(姓)	(名)			
生年月日	平成	年	月	年齢	歳
自宅住所	〒 - ()				
電話番号					
E-mail	※2				

※1：年齢は2019年9月1時点で算出してください。

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・認定などにのみ使用いたします。
- ◆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ことがございます。IMSグループ職員向け広報誌掲載・職員向けサイト掲載に使用いたします。ご了承いただけない場合、予めお申し出ください。