平成 29 年度 在宅人工呼吸器に関する講習会
【受講申込書】

平成　　年　　月　　日

受付日
※

仮登録番号
※

日 程	□大阪：平成 30 年 2 月 27 日（火）		~~□東京：平成 30 年 3 月 16 日（金）~~	
フリガナ	（姓）	（名）	年 齢	性 別
氏 名				1．男　　2．女
E-mail				
勤務先 名 称	フリガナ		部 署	
送付先 区 分	1．勤務先　　2．自宅　（送付先区分で選んだ住所を「送付先住所欄」に記入して下さい。）			
送付先 住 所	〒　　－		都・道・府・県	
	フリガナ			
	TEL	内線（　　）		
	FAX			

勤務先 区 分	1．保健所　　2．病 院 3．訪問看護ステーション 4．その他（　　）
職 種	1．医 師　　2．保健師 3．看護師　　4．准看護師 5．臨床工学技士　6．理学療法士 7．その他（　　）
資 格	□ 呼吸療法認定士

【注意】

1. 講習会日程は大阪・東京いずれかを選んで□にチェックを付してください。
2. 「性別」,「送付先区分」,「勤務先区分」,「職種」欄は、該当項目の番号を囲んでください。「その他（　　）」は具体的に記入してください。
3. 呼吸療法認定士の方は「資格」欄の□にチェックを付してください。

申込み用紙を複数必要な方はコピーしてご使用ください。

のりづけ

「受講料振込み控」

貼 付 欄