

平成 30 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	<input checked="" type="checkbox"/> 東京：平成 31 年 2 月 26 日（火）		<input type="checkbox"/> 大阪：平成 31 年 3 月 12 日（火）	
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	<input type="checkbox"/> 呼吸療法認定士			

【注意】

- 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。
- 「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。
- 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