

平成 28 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 日申込み

受付日
※

仮登録番号
※

日程	<input type="checkbox"/> 大阪：平成 29 年 3 月 3 日（金）		<input type="checkbox"/>東京：平成 29 年 3 月 17 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	〒 ー		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】

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。

「受講料振込み控」

貼 付 欄

<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 5px;">のりづけ</div>
--

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。