

# 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	<input type="checkbox"/> 大阪：平成 30 年 2 月 27 日（火）		<input type="checkbox"/> 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	<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