

医療的ケア教員講習会 受講申込書

社会福祉法人 福祉共生会

〒274-0073 千葉県船橋市田喜野井 2-18-3-201

TEL 047-476-8583 FAX 047-481-8593

記入日 令和 年 月 日

受講日	年 月 日		
申込者情報			
フリガナ			性別
受講者氏名			男 女
↑ 住民票記載の文字での記入をお願いします			
生年月日	昭和	平成	年 月 日
住所	〒		
受講者電話番号			
メールアドレス			
所属事業所名			
事業所住所	〒		
事業所電話番号			事業所 FAX 番号
資格について ※資格証の写しを申込書に添付してください			
保有資格名	取得年月日		資格取得後の実務経験
	年 月 日		年 ヶ月
	年 月 日		年 ヶ月

福祉共生会では、医療的ケア教員講習会修了後に実際に1号2号研修〔実地研修〕の受け入れをご協力いただける拠点・事業者様を探しております。

ご協力いただいた際の特典として、初回実習日の立ち合いや実習計画作成や評価表の扱い方など、ご質問にお答えいたします。

アンケートにお答えください

受け入れを検討したい → () 3号研修の指導の経験がある
→ () 指導の経験はない

協力できない ※もし宜しければ理由をお聞かせください