

## 医療的ケア教員講習会 申込書

私は以下の個人情報使用目的に同意の上、医療的ケア教員講習会の受講を申し込みます。

\* 次の項目についてもれなくご記入（又は該当するものに○をつけて）ください。

申込日	令和 年 月 日
ふりがな 氏 名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
住 所	〒
電 話	( ) - * 連絡のつきやすい電話番号をご記入ください
Eメール	@
保有資格 実務経験	医師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 資格取得後の実務経験 ( ) 年
コース	令和 年 月 開講 コース
通学手段	車（普通車・軽自動車） ・ バイク ・ 自転車 ・ 公共交通機関 ・ 徒歩
受講料納入方法	振込 ・ 持参

◇ご記入いただいたお客様の個人情報の使用目的は次の通りです

- ・ 弊社の講座受講運營業務
  - ・ 弊社からの教育講座、就業に関するご案内
  - ・ お客様との連絡及び満足度等の調査
- \* その他、実習先や県に情報を提出する場合があります

## お申込み先

HEART  
SWITCH



株式会社 ハートスイッチ

〒710-0038 岡山県倉敷市新田 2434-1

TEL： 086-420-1600 FAX： 086-435-7021