

医療的なケアが必要な障害児（者）支援従事者等研修受講申込書

平成 年 月 日

フリガナ				
氏名				
生年月日		大・昭・平 年 月 日		
現住所 (勤務先記入で省略可)	郵便番号	〒		
	フリガナ			
	住所			
	電話番号	( )		
勤務先	法人名			
	住所	〒		
	電話番号	( )		
	ファックス番号	( )		
	職種		経験年数	年

駐車場を利用する場合は、こちらに○印を記入して下さい。	
-----------------------------	--

ファクシミリまたは、郵送でお申し込み下さい。

申込書宛先

〒319-1113 那珂郡東海村照沼825

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 管理課 宛

ファクシミリ番号 029-282-7156