FAX 084-946-5451

医療的ケア教員講習会 受講申込書

受講コース　　令和 7 年 4 月コース

受講番号（※ご記入は不要です）	※本人確認のため **運転免許証のコピーまたは保険証のコピー** のいずれかを受講申込書と一緒に FAX で送信してください。

ふ り が な		性 別	生 年 月 日
氏 名		男・女	昭・平 年　月　日(　歳)
住 所	〒　－		
電 話 番 号	自 宅	携 帯 番 号	
	(　)　—	—　—	
メールアドレス	@		
勤 務 先 名			
支 払 方 法	□現金　□現金書留　□銀行振込 ※現金でお支払いの方は申込書と本人確認証明を一緒にご持参ください。		
	▼振込先▼ ※振込手数料はご負担願います。 広島銀行　福山営業本部　普通口座　口座番号 ： ３５５２０２１ 口座名義 ： 学校法人　福山医療学園 ●欠席の場合は、返金出来ません。		
受 講 要 件	医師・保健師・助産師または正看護師の資格を取得した後、5年以上の実務経験を有する方。	左記の受講要件に該当します □ **（チェックを記入してください）**	

<ご受講までの流れ>

①受講申込書とご本人様確認を FAX して下さい。（電話でのお申し込みも可能です）

②入金の確認後、受講決定通知書をご記入のメールアドレスへ送信いたします。
　受講決定通知書に、受講についての詳細を明記していますのでご一読下さい。

学校法人 福山医療学園
福山キャリア教育センター

お問い合わせはお気軽にお電話ください
TEL 084-946-6464
受付時間／平日 9：00～17：30