

FAX番号:03-5577-3172

記入日 西暦 年 月 日

## 『医療フットケア技術者 養成講座』お申し込み用紙

## ■お申し込み本人について

氏名	姓	姓	生年月日	西暦
	フリガナ			年 月 日
			性別	男・女・その他
現住所	〒			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		都 道 府 県	市 区 郡 町 村
	建物名・部屋番			
連絡先 電話番号			FAX番号	
携帯 電話番号			E-mail アドレス	
勤務先 及び 所属 部署名				
所有資格	該当するものがない場合はその他に記載してください			
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士又は介護職 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> その他( )			

## ■受講希望内容について

講座名	受講希望開催月 (セット受講を希望の方は両日記載してください)
医療フットケア技術者養成講座 ステージⅠ (ペディキュール/テクニシャン)	西暦 年 月 日～ 月 日
医療フットケア技術者養成講座 ステージⅡ (ペディキュール/テクニシャン)	西暦 年 月 日

## ■質問または連絡事項

--