第 9 回・平成 30 年度喀痰吸引等研修（第二号）受講申込書

平成　　年　　月　　日

医療法人光陽会医療介護福祉研修センター
センター長　　篠﨑　仁史　　殿

私は医療法人光陽会医療介護福祉研修センター開催の第 9 回・平成 30 年度喀痰吸引等研修（第二号、2018 年 12 月 08 日開講）の受講を申し込みます。

記

フリガナ			性別	男・女
受講者氏名		㊞		
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日　生（　　）歳			
受講生住所	〒 連絡先電話番号　（　　）			
本籍地	〒			
勤務先	法人名	事業所名		
	サービス種別 1 介護老人福祉施設　2 介護老人保健施設　3 訪問介護　4 通所介護 5 グループホーム　6 その他（　　）			
	〒 TEL　（　　）　FAX　（　　）			
実地研修の予定	ある　・　ない　・　未定			
連絡事項等				

（事務局）

医療法人光陽会医療介護福祉研修センター
担当責任者　　小川　英昭　　宛
TEL：045-801-7291　　FAX：045-801-7295