

お申し込みは FAX で  
0467-61-3602

2020 年度 第 1 回 医療法人光陽会 医療介護福祉研修センター  
初任者研修受講申込書

フリガナ			性別	男 ・ 女
受講者氏名		㊟		
生年月日	(西暦)	年	月	日生 ( ) 歳
受講者住所	〒 -			
	連絡先電話番号 ( )			
申し込み種別	1. 一般申し込み 2. 法人申し込み			
勤続年数	福祉職場での勤続年数 ( ) 年 ( ) か月			
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 ( )			
	連絡担当者氏名 (職種)			
	〒 - TEL ( ) FAX ( )			
勤務先施設 推薦状 (個人の場合は不要)	上記の者が光陽会医療介護福祉研修センターの主催する初任者研修に受講することを推薦します。 令和 年 月 日 法人名 事業所名 事業所代表者 ㊟			
貴施設で 2 名以上 申し込む場合は、 申込者の優先順位を ご記入ください。	優先順位	全申込者 人中、 位		

【連絡先】 〒245-0018 横浜市泉区上飯田町 3873-1

医療法人光陽会医療介護福祉研修センター 担当：小川

Tel0467-24-9400 Fax0467-61-3602