

第 12 回・2020 年度 喀痰吸引等研修（第二号）受講申込書

令和 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 篠崎 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 12 回・2020 年度喀痰吸引等研修（第二号、  
2020 年 11 月 7 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 : 0467-24-9400    FAX : 0467-61-3602