第16回・令和5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16回喀痰吸引等研修（第二号、2023年12月 2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（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 〒  ℡　　　(　　　)　　　　　　　　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　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡：045-806-1133 　FAX：045-805-3007