

第 18 回・令和 7 年度喀痰吸引等研修（第二号）受講申込書

令和 7 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 18 回喀痰吸引等研修（第二号、2025 年 9 月 6 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 宛
TEL : 045-806-1133 FAX : 045-806-1132