医療法人医仁会喀痰吸引等研修センター　宛

ＦＡＸ：０７５－５７２－８７２６

※着信のご確認を必ず行ってください。
℡　０７５－６３２－８０９８

２０２０年度　医療法人医仁会喀痰吸引等研修センター（第１、２号研修）

受講申込書

申込日　　年　　月　　日

現在の勤務先 （必ず連絡のつく電話番号及びＦＡＸ番号を明記）	法人名	施設名
	職種（受講者）	事務担当者名
	所在地：〒 TEL　　FAX 施設のｅメールアドレス・・	
ふりがな 氏　名		
生年月日・年齢	（西暦）　　年　　月　　日生　（　　）歳	
推薦者 （推薦理由）	役職（　　） 氏名（　　） 理由：	
現在の勤務先 （施設種別）	１．特別養護老人ホーム　　２．介護老人保健施設 ３．有料老人ホーム　　４．認知症対応型グループホーム ５．障害者（児）福祉施設　　６．訪問介護事業者 ７．その他（具体的に　　）	
保有資格 該当するもの全てに○	１．介護福祉士　　２．ホームヘルパー　３．介護支援専門員 ４．社会福祉士　　５．その他（具体的に　　）	
職　歴	１.福祉職場の勤続年数 （　　）年（　　）か月 ２．現在の勤務先における勤続年数 （　　）年（　　）か月	
※定員を超える場合は研修センターにて選考いたします。		