別紙様式

お申し込みはFAXで

0467-61-3602

令和4年度　第14回　医療法人光陽会　医療介護福祉研修センター

喀痰吸引等研修（第二号）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　　　　　（　　　　） | | | | | |
| 職種 | １ 経営者　２ 管理職　３ 介護職　４ 介護支援専門員　５ その他（　　　　　　） | | | | | |
| 保有資格  該当するもの全てに○ | １ 介護福祉士　２ 介護職員基礎研修課程修了　３ (訪問)介護員養成研修　　　級修了  ４ 社会福祉士　５ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 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 | 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「喀痰吸引等研修（第二号）」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】〒245－0016　横浜市泉区和泉町7315-7　医療法人光陽会医療介護福祉研修センター　担当：小川

　　　　　℡0467-24-9400　Fax0467-61-3602