

# 平成30年度喀痰吸引等研修（第二号研修）受講申込書

社会福祉法人米沢弘和会

## 1 受講者及び所属先について

フリガナ			性別
受講者氏名			男・女
生年月日	昭・平	年	月
			日生（満歳）
資格		介護職経験年数	年 月
自宅住所	〒		
電話番号 (又は携帯番号)			
所属施設名	事業者番号		
施設住所	〒		
施設電話番号			
免除科目等 (14時間研修修了等)	なし・あり（内容：）		
テキストの購入 (税込2,160円)	希望する（受講料と合わせて振込下さい）・希望しない		

※ 免除科目がある場合、認定証の写しを添付してください。

## 2 所属先の指導看護師について

フリガナ	
指導看護師氏名	
フリガナ	
指導看護師氏名	
フリガナ	
指導看護師氏名	

※ 修了証の写しを添付してください。