

洛和会喀痰吸引等研修機関 宛

FAX : 075-353-5810

※着信のご確認はこちらまで TEL075-353-5802

平成29年度「洛和会喀痰吸引等研修機関」(第1号、第2号)

受講申込書

申し込み日 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
ふりがな 氏 名		
生年月日・年齢	(西暦) 年 月 日生()歳 (和暦) 年 性別(男 女)	
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. 訪問介護事業所 7. その他(具体的に)	
保有資格 該当するもの全て○	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機関運営委員会にて選考いたします。		