洛和会喀痰吸引等研修機関 宛

ＦＡＸ：０７５－３４４－８７５５

※着信のご確認はこちらまで ℡075－354－7067

2025 年度 「洛和会喀痰吸引等研修機関」(第1号、第2号研修)

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。		