

喀痰吸引等研修（第3号研修—基本研修）受講申込書

社会福祉法人 福祉共生会

〒274-0073 千葉県船橋市田喜野井 2-18-3-201

TEL 047-476-8583 FAX 047-481-8593

記入日 令和 年 月 日

受講希望日	年 月 日		
フリガナ			性別
受講者氏名			男 女
↑ 住民票記載の文字での記入をお願いします			
受講者生年月日	昭和	平成	年 月 日
受講者住所	〒 -		
受講者電話番号	- -		
所持資格 (該当するものに○をつけてください)	介護福祉士		実務者研修
	介護職員初任者研修／ホームヘルパーヘルパー2級		
	その他 ()		
事業所名			
事業所住所	〒 -		
事業所電話番号	- -	事業所 FAX 番号	- -
事業所担当者名			

当日、駐車場利用を希望しますか？ ※駐車場は台数に限りがあります。 お早めにお申し込みください。	はい	いいえ
	↓ お車のナンバープレートをご記入ください (-)	

※FAXでお申し込みをされた場合は、申込書の原本を研修日当日にお持ちの上、受付時にご提出ください。

※不都合による受講日程変更は、開催前日まで電話（047-476-8583）またはFAX（047-475-8593）にて受付いたします。当日キャンセルの場合受講料は返金できませんのでご了承ください。

※受講までの流れにつきましては同封の「喀痰吸引等 3号基本研修 受講について」をご参照ください。

※当法人では看護師による実地研修指導は行っておりません。（受講者様の事業所で指導看護師を手配していただくこととなります）事務手続きは行っておりますので、ご希望の方はお問い合わせください。