

FAX 098-850-7990
沖縄医療生協介護事業部行

年 月 日

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業
(不特定多数の者対象) 受講申込書

氏名	フリガナ	性別	生年月日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日 ()歳	
受講生住所				
勤務先	設置主体 (法人名)			
	施設名			
	管理者名			
	住所	(〒 -)		
	TEL		FAX	
勤務先の 種別 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 1. 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 2. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3. 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 4. 特定施設入居者生活介護指定事業所 <input type="checkbox"/> 5. 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 6. 障害者(児)福祉施設 <input type="checkbox"/> 7. その他()			
備考				

* 別添「実地研修に係る確認事項チェックシート」を添付してください
「実地研修に係る確認事項チェックシート」に適合している施設であることを確認させていただきます。

** 複数お申し込みの場合は備考欄に優先順位を記入してください

申込締め切り 2016年4月16日(土) 必着