

令和7年度第3回らもーれグループ研修センター
「介護職員等による喀痰吸引・経管栄養第2号研修」受講申込書

(令和7年6月26日現在)

ふりがな		昭和 平成	年	月	日生
氏名		生年月日・年齢			()歳
現在の 勤務先	法人名	事業所名			
	所在地: 〒	□□□-□□□□			
	TEL	FAX			
	★日中連絡可能な電話番号(携帯番号)				
	TEL	(「受講可否通知」の送付先) いずれかにチェックをし、必要事項を記載してください。 <input type="checkbox"/> 上記勤務先に郵送 <input type="checkbox"/> 自宅又はその他へ郵送 (郵送先)〒			
	1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 有料老人ホーム 4. 訪問介護ステーション 5. 障害者(児)福祉施設 6. 認知症グループホーム 7. 病院・診療所 8. 訪問介護事業所 9. その他()10. 勤務無し				
保有資格	1. 介護福祉士 2. 実務者研修 ※該当するもの全てに○をつけ、保有する資格の免許証の写しを添付してください。				
免許	取得年月日: 昭和・平成・令和 年 月 日				
職歴 (簡単に)					