

「介護職員等による喀痰吸引等研修(第3号研修)」 受講申込書

京都府立医科大学附属北部医療センター 医事課 小谷行き

FAX送信先:0772-46-5121

【申込者】

法人名		事業所名	
所在地	〒	電話番号	
		FAX番号	
代表者氏名		事務担当者氏名	

表記について、下記の者を受講者として申し込みます。

記

【受講対象者】

優先 順位	受講者詳細(受講者1名につき事務手数料:2,000円)										
	お名前、ご住所は住民票等に記載されているものをご記入ください。	基本研修	実地研修: 1利用者につき、自法人0円、他法人10,000円						1冊:2,000円		合計 金額
		10,000円	利用者氏名	実地研修		指導看護師			テキスト		
		全課程		喀痰吸引	経管栄養	自法人	他法人	指導看護師等	要	不要	
1	(ふりがな) 氏名							TEL: -	FAX: -		
	生年月日:							TEL: -	FAX: -		
	住所:							TEL: -	FAX: -		
2	(ふりがな) 氏名							TEL: -	FAX: -		
	生年月日:							TEL: -	FAX: -		
	住所:							TEL: -	FAX: -		
3	(ふりがな) 氏名							TEL: -	FAX: -		
	生年月日:							TEL: -	FAX: -		
	住所:							TEL: -	FAX: -		

(注1)募集定員を超過した場合、受講できないことがありますので、受講の優先度が高い対象者順にリストを作成してください。

(注2)申込書に基づき修了証の氏名の記載をいたしますので、楷書でご記入をお願いします。

(注3)申込書受領後、当研修機関より「受講決定通知」をFAXでお送りいたしますので、未着の場合は当研修機関までご連絡をお願いします。

