

令和 年 月 日

「介護職員に対する喀痰吸引等（３号）研修」

第3号(特定の者対象)研修 受講申込書

【基本研修（講義・演習）、知識確認テスト】

受講者情報 (※注1)	住 所:〒	
	ふりがな 氏 名 (男 ・ 女)	
生年月日・年齢 (※注1)	昭和 / 平成 年 月 日 () 歳	
現在の勤務先	法人名	
	施設・事業所名	
	所在地:〒 (TEL) (FAX) (メールアドレス)	
現在の職種		
テキスト送付 先の希望	<input type="checkbox"/> 受講者本人の住所 <input type="checkbox"/> 勤務先 (いずれかをご選択ください)	

◆ (※注1) 氏名・生年月日等記入のご注意：

この調書は「基本研修修了証」の発行等に使用されます。氏名・生年月日・住所は、住民票に則り正確に記入して下さい。

例) 氏名の漢字 …「高橋」と「高橋」、「斉藤」と「斎藤」等にご注意ください。

◆ 記載内容に不備・誤りがないことをご確認の上、下記の住所へ御郵送またはメールにて送付してください。メールの場合には、件名を「喀痰吸引等研修の申し込み」としてください。

◆ 不明な点などございましたら、下記の担当者宛てにお問合せください。

<申込書提出先・お問合せ先>

〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地

川崎市 健康福祉局 障害保健福祉部 障害計画課 石橋・樺山 担当

電話：044-200-3796 メール：40syokei@city.kawasaki.jp