

2023年度川崎市委託「介護職員に対する喀痰吸引等研修事業委託」

第3号(特定の者対象)研修 受講申込書

【基本研修（講義・演習）、知識獲得確認テスト】

特定非営利活動法人

フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

| | | |
|-------------------------|----------------------|-----------|
| 研修生氏名 (※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 日生 () 歳 | |
| 現在の勤務先 もしくは 勤務先予定 | 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 もしくは 予定職種 | | |

◆ 氏名記入のご注意：

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・住所は住民票に則って正確に記入して下さい。(※注1)

氏名の漢字については、例えば「斉藤」には「斉」・「斎」・「齋」があり、特に注意してください。

◆ 不明な点は、質問票やお電話・FAX 等によりお問合せください。

質問票用紙は、当法人のホームページ内、当研修案内欄に掲載してあります。

<お問合せ先>

事務局：担当・繋(つなぎ)、成田

特定非営利活動法人

フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

〒221-0825 神奈川県横浜市神奈川区反町 3-17-2 神奈川県社会福祉センター内

TEL：045-311-8742 FAX：045-324-8985

Eメール：jimukyoku@kenshikyou.jp