　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　202１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」

**【基本研修（講義・演習）、知識獲得確認テスト】**

第３号（特定の者対象）研修　受講申込書

　　　　　特定非営利活動法人

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 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 | |  | |

　　　　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

◆ 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とり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](mailto:jimukyoku@kenshikyou.jp)