

平成 30 年度 相模原市「喀痰吸引等指導者養成研修（医療的ケア教員講習会）」（申込書）

氏名			性別	男 ・ 女	
生年月日	(西暦)	年	月	日生	
住所	〒		—		
			都道	府県	
現在の勤務先	施設・事業所名		設置主体名		
	所在地				
	〒 252		—		
	相模原市				
保有資格			実務経験年数	年 か月	
			<small>*実務経験3年以上の方を対象としています</small>		
修了書の送付先	住所地 ・ 勤務先 ・ その他		その他の方のみ、下の欄もご記入ください。		
	〒		—		
			都道	府県	
参加希望日	<input type="checkbox"/> 8月18日		<input type="checkbox"/> 8月25日	<input type="checkbox"/> どちらでも可	

下記番号まで FAX してください

FAX : 03-5651-8121

*3 日以内に事務局から連絡がない場合は確認の為ご連絡ください

電話番号 財形福祉協会事務局 03-5651-8120