

介護職員等による喀痰吸引研修（第3号研修）受講申込書

株式会社Think Life Think Care School

学校長 小幡 匡史 様

受講申込者名

標記研修会について、下記のとおり申し込み致します。

記

(ふりがな) 受講者名			
生年月日	年	月	日
受講者 所在地	〒		
連絡先	携帯：		
	E-mail：		
受講申込 研修コース	R7年度	第 2 回	第3号研修
希望演習日 (希望日程に○)	9 月 1 日 ・ 3 日 ・ 5 日 いずれも可		
実地研修 事業所名	自施設の施設等で実地研修を行う場合、記入をお願い致します。		