喀痰吸引等研修　受講申し込み書

西宮すなご医療福祉センターにて開催される介護職員等による喀痰吸引等研修(第1号研修･第2号研修)を受講したく申し込みをいたします。

希望される研修 いずれかを□にﾁｪｯｸ☑を入れて下さい	□　第1号研修　　□　第2号研修
	□ 侵襲的人工呼吸療法（気管切開）
受講希望	□ 第1回研修　(5/27～6/16の8日間)
	□ 第2回研修　(8/23～9/15の8日間)
お名前(ふりがな)	
生年月日	
自宅住所	〒 TEL:　　FAX:
ご勤務先 (法人名、施設・事業所名住所の記入をお願いします)	〒 TEL:　　FAX:

FAX又は郵送でお申し込み下さい。FAXでの申し込みには送信状は不要です。

申し込み先
〒663-8131　西宮市武庫川町2番9号
西宮すなご医療福祉センター　　研修室
電話：　0798-47-4477　FAX:　0798-43-1022

受講申し込みは第1回・第2回研修ともにこちらの申し込み書をご利用ください。