

家族以外の喀痰吸引等講習会 申込書

日本 ALS 協会鹿児島県支部

支部長 伊瀬知礼子 様

私は、家族以外の喀痰吸引等講習会に申し込みます。

令和 年 月 日

| | | | |
|-------------------|---|-----|------------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男 女 | 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 - 自宅 TEL () - 携帯 () - | | |
| 受講希望日 (開催予定参照) | 年 月 日 開催場所 () 午前 ・ 午後 時 ~ の部 | | |
| 基本研修 | 第三号基本研修を受けていますか? はい ・ いいえ 受講した時期 年 月 日 | | |
| 現在の職名 | | | |
| 所属事業所 | 法人名 () 事業所名 () 事業所の所在地 () 事業所の電話番号 () 事業所の FAX 番号 () | | |
| 備考 | *上記以外で、研修中伝えたいことがありましたらご記入ください | | |

*今回記載していただいた個人情報当法人にて厳重に管理し、当事業の目的以外では使用しません。

FAX の場合は 099-837-8244 にお送りください。

受付が完了したらご連絡いたします。