**Ⅲ　受講申込書**

宮城県喀痰吸引等第１号２号研修指導者養成講習申込書

　　　　送付日　令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ（必須）受講者氏名住民票と同じ氏名と生年月日を記載 |  | 年齢(　　　)歳 | □男　□女 |
|  |
| 生年月日　S･H　　　年　　月　　日 |
| 講義日どちらかに☑ | □ 2月10日(土)の講義はオンラインで参加します□ 2月10日(土)の講義は会場での受講を希望します(オンラインが難しい方) |
| 演習日参加可能なコース全てに☑ | * Ａコース　　令和6年2月11日(日)　 9:30～12:40
* Ｂコース　　令和6年2月11日(日)　 14:00～17:10
* Ｃコース　　令和6年2月17日(土) 　9:30～12:40
* Ｄコース　　令和6年2月17日(土) 14:00～17:10
 |
| 受講者連絡先個人に連絡の取れる電話番号と メールアドレス | 住　所 | 〒 |
| 携帯電話 |  |
| フリガナ |  |
| メールアドレス |  |
| 所属している法人・事業所 | 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| TEL・FAX | TEL | FAX |
| 本研修の窓口 | □受講者本人　　　□事業所→担当者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保有資格 | □医師　　　□看護師　　　□保健師　　　□助産師　　　※免許証の写しを同封 |
| 職歴3年以上の職歴が　確認できる内容で記載 | 年月 | 勤務先 |
| 　　　年　　月～　　年　　月 |  |
| 　　　年　　月～　　年　　月 |  |
| 　　　年　　月～　　年　　月 |  |
| 　　　年　　月～　　年　　月 |  |
| 　　　年　　月～　　年　　月 |  |
| 　　　年　　月～　　年　　月 |  |

**「本申込書」と「免許証の写し」をご郵送ください**

**〒981-8006 仙台市泉区黒松1丁目6-11** **くりはら介護塾　宛**

**電話　080-2566-8173**　メール　**kurihara123gou@gmail.com**