

[別紙]

令和7年度 誤嚥性肺炎予防と口腔ケア研修 受講申込書

令和7年 月 日

勤務先	法人名	
	施設名	
	連絡先	〒 住所 TEL() - /FAX() -
	担当者	

受講希望者	氏名	(ふりがな)
	職名	
	資格 (お持ちの場合)	
	介護・福祉 職歴 通算 (令和7年6月1日現在)	年 月
	本研修への参加 について該当する ものに☑をつけて ください	☐ 所属の上司等からの指示で参加(職務命令、経費等は所属負担) ☐ 自己研鑽の一環として自ら進んで参加(経費等は所属負担) ☐ 自己研鑽の一環として自ら進んで参加(経費等は自己負担) ☐ その他()
	備考	[その他 連絡先などにご希望がありましたらご記入ください。]

○申込締切 令和7年5月16日(金)

○受講決定通知 令和7年5月26日(月)までに、上記の連絡先の住所宛に郵送にて通知します。
(受講できない場合も通知いたします。)

○申込み先 FAX番号 076-432-6516 田中 宛