[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　　　　　　　ケ月 |
| 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。］ |

〇申込締切　　　~~令和７年５月１６日（金）~~　→　**令和７年５月３０日（金）**

〇受講決定通知　~~令和７年５月２６日（月）~~　→　**令和７年６月１０日（火）**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。）

〇申込み先　　　　　ＦＡＸ番号　**０７６－４３２－６５１６**田中　宛