

# 喀痰吸引等研修 (第一号・第二号研修)

## 受講申込書

開講年月日 平成 年 月 日
-------------------

申込日	平成 年 月 日			
フリガナ		性別	希望コースに○	
氏名		男・女	第一号 研修	第二号 研修
生年月日	H・S 年 月 日( 歳)		実地研修のみ	
住所	〒 ☎(自宅) ☎(携帯)			
勤務先名称				
勤務先所在地	〒 ☎			
サービス種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> その他( )			
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士(医療的ケア講習修了者) 【 基本研修(講義・演習)免除 】 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 【 " " 】 <input type="checkbox"/> 第二号研修 修了証 【 " " 】 ※ いずれかお持ちの方は資格証のコピーを本紙と一緒にご提出ください。			
実地研修場所	<input type="checkbox"/> 紹介を希望する 【 指定の研修先にて実地研修を行います 】			
受講料	<input type="checkbox"/> 基本研修及び実地研修( 120,000円 ) <input type="checkbox"/> 実地研修のみ ( 30,000円 ) 下記行為に○をお願いします 1. 口腔内吸引    2. 鼻腔内吸引    3. 気管カニューレ内部吸引 4. 胃ろう・腸ろう経管栄養    5. 経鼻経管栄養			
お支払方法(振込)	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割( 2回・3回 ) ※ 第1回目のお支払は開講前までに、分割の際は開講翌月までに全額をお振込みください			

この講座をどのようにしてお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 職員から聞いた <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他( )
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入してください

喀痰吸引等研修に際して提出して頂いた個人情報、本研修以外には使用いたしません

事務局使用欄

受付No.	受付日	受付者	備考
	平成 年 月 日		