

ケアカレッジMTE
 喀痰吸引等研修（第一号、及び第二号）受講申込書
 ≪FAX/郵送≫

申込日： 令和 年 月 日		希望研修開始日 別紙参照		__月コース __/__/__～		
受講希望者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 (満 歳)
	氏名					
	現住所	〒 ー				
	TEL	自宅：() ー		携帯：() ー		
	メールアドレス	@		介護経験：無 ・ 有(年 ヵ月)		
	保有資格	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー(級) <input type="checkbox"/> 介護実務経験3年以上 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士国家資格 <input type="checkbox"/> その他()		受講種別	<input type="checkbox"/> 基本研修(対面) <input type="checkbox"/> 基本研修(オンデマンド)	
	勤務先					
住所等	〒 ー		TEL：() ー			
※上記氏名以外への請求を希望の方 請求書名称：						
実地研修先	施設名	<input type="checkbox"/> 勤務先と同じ				
		<input type="checkbox"/> 勤務先以外				
	看護師の医療的ケア指導者講習希望の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ご希望の場合は別途申し込み書等必要な為、ご連絡させていただきます。)				
受付日	受講可否通知	入金日	受講手引等送付	受講者番号		

【書記載上の留意点】

受講可否通知までに記載内容に変更が生じた場合には、速やかに当校までご連絡ください。
 希望開校日は別紙の日程表を参照し御記入ください。

【添付書類】

- 該当する下記の書類を提出してください。(郵送可)
- ・(介護福祉士) …介護福祉士登録証の写し
 - ・研修の一部履修免除を証明する修了証等の写し

【個人情報の取り扱い】

申込書に記載された個人情報は、連絡手段として利用させていただくほか、申込手続きに必要な最小限の範囲内で利用させていただきます。

【申込方法】

<FAXでのお申込み>

FAX：(059) 344-3434

<郵送でのお申込み>

〒512-1211

三重県四日市市桜町2609番地

株式会社RCCO

ケアカレッジMTE 喀痰吸引研修担当者