

第 23 回喀痰吸引等研修（第二号研修）申込書・調書

ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女
自宅住所	〒 ー 住所 TEL () ー FAX () ー E-mail: 携帯 TEL		
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 生 () 歳		
実地研修 ※実地研修は 1 行為以上 4 行為まで選択可能 (該当するものに☑)	1. 研修内容 <input type="checkbox"/> 基本研修 + 実地研修 <input type="checkbox"/> 実地研修のみ 2. 実地研修 <input type="checkbox"/> 当スクールで実地研修を希望 <input type="checkbox"/> 就業施設にて実地研修を希望 3. 実地研修希望行為 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
受験免除科目 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 『あり』の方は「修了証明書又は認定書の写し」または「一部履修証明書の写し」を添えて申し込む		
『受講可否通知書』等 今後の書類送付先 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送希望 <input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送希望 <input type="checkbox"/> 受講者個人の E-mail : <input type="checkbox"/> 勤務先の E-mail :		
保有資格 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー ____ 級所持 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 2 号 <input type="checkbox"/> 基本研修修了 <input type="checkbox"/> 実地研修修了 (行為名)		
職 歴	介護・福祉関連業務の勤続年数 () 年 () ヵ月		
現在の勤務先	法人名	施設名	
	施設所在地 〒 ー 住所 TEL () ー FAX () ー E-mail: 担当者名		

