

「介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修」申込書

(1 号 ・ 2 号) ※希望する研修に○印をつけてください

| | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------|
| 希望コース名 : | | お申込み日: 年 月 日 | |
| ふりがな | | | 法人名 ※法人申込の場合 |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 〒 - | | |
| 自宅電話 | () - | 携帯電話 | () - |
| メールアドレス | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名(続柄) | | 電話番号 |
| | | | () - |
| 保有資格 | 1. 介護福祉士(2017年度以前の試験で取得) 3. 実務者研修 2. 介護福祉士(2018年度以降の試験で取得) 4. 喀痰吸引等研修(基本研修のみ) | | |
| 現在の職場において、実地研修が可能ですか? (はい ・ いいえ) | | | |
| 研修種別 | <input type="checkbox"/> 基本研修(1号、2号共通) | | 100,000円 |
| | <input type="checkbox"/> 2号研修(実地研修の特定行為を下記より選択) 当会仲介先施設 たんの吸引: 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部 経管栄養: 胃ろう腸ろう・経鼻 ※(該当するものに○) | | 1科目につき 20,000円 |
| | <input type="checkbox"/> 1号研修(実地研修) 当会仲介先施設 | | 100,000円 |
| | <input type="checkbox"/> 受講生が研修先を確保する場合の実地研修 | | 10,000円 |
| 割引制度(基本研修のみ対象)の適用 ※該当する項目に○を付けて下さい | | | |
| グループ割引 (5,000円) ※ 2名以上同時申し込みで適用 | | 紹介割引 (5,000円) ※ 当講座の卒業生からの紹介の場合、適用 | |

※個人情報についてご記入いただいた内容については、当法人の個人情報管理規定に従い厳重に管理し、本研修以外の目的には使用しません。

上記内容は右記お申し込みフォームからもお申し込み頂けます。
(<https://forms.gle/qvXtEM7E4B7vx5Xe7>)



<お問い合わせ先>

株式会社with shiny

ケアスクールShiny

担当:磯田

〒454-0934

名古屋市中川区西中島1丁目1008 ピースフルハイツ103

TEL:052-990-2027

FAX:052-990-3627



株式会社 with shiny

~福祉の"今"も明るく~