

申込書記入日　：　令和　　年　　月　　日

喀痰吸引等第2号研修受講申込書

私は、本研修の受講決定通知書送付後に申込者都合によるキャンセル・辞退をする場合も授業料を全額負担することに同意したうえで、以下のとおり、アリススキルアップスクール喀痰吸引研修に受講を申し込みます。

|                                                                            |                                                                                                                                                                                         |                                   |                                                                                         |                                                                                  |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------|
| ふりがな<br><br>氏 名                                                            |                                                                                                                                                                                         | 性別                                | 生年月日                                                                                    |                                                                                  | 免除科目※ |
|                                                                            |                                                                                                                                                                                         | 男・女                               | 昭和・平成<br>年　　月　　日                                                                        |                                                                                  | 無　・　有 |
| 住　所                                                                        | 〒                                                                                                                                                                                       |                                   |                                                                                         | 所持資格                                                                             |       |
|                                                                            |                                                                                                                                                                                         |                                   |                                                                                         |                                                                                  |       |
| 連絡先                                                                        |                                                                                                                                                                                         | 実務者研修                             | 医療的ケア <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 受講していない・受講予定                |                                                                                  |       |
| 電話・FAX                                                                     |                                                                                                                                                                                         |                                   |                                                                                         |                                                                                  |       |
| 申込コース                                                                      | 月コース（　　月　　日開講）                                                                                                                                                                          | 申込研修<br><small>※レをつけてください</small> | <input type="checkbox"/> 第2号研修<br><input type="checkbox"/> 第2号研修（ <small>実地のみ</small> ） | <input type="checkbox"/> 第2号研修（　　科目）<br><input type="checkbox"/> 第2号研修（　　科目実地のみ） |       |
| 希望取得行為<br><br><small>※レをつけてください</small>                                    | <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"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引<br><input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 |                                   |                                                                                         |                                                                                  |       |
| ご希望の受講決定通知案内手段について、ご記入してください。                                              |                                                                                                                                                                                         |                                   |                                                                                         |                                                                                  |       |
| <input type="checkbox"/> 自宅へ郵送 <input type="checkbox"/> 自宅へFAX（FAX番号：　　）   |                                                                                                                                                                                         |                                   |                                                                                         |                                                                                  |       |
| <input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送 <input type="checkbox"/> 勤務先へFAX（FAX番号：　　） |                                                                                                                                                                                         |                                   |                                                                                         |                                                                                  |       |

申込者勤務先について

|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                        |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 離職中　　※在職中に <input checked="" type="checkbox"/> を入れた方は下記項目をご記入ください。 |                                                                                                                                                                                                                        |       |
| 法人名                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                        |       |
| 種別<br><br><small>※レをつけて下さい</small>                                                                                       | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健 <input type="checkbox"/> グループホーム<br><input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 障害者（児）施設等・訪問系サービス<br><input type="checkbox"/> その他（　　） |       |
| 勤務先名                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |       |
| 勤務先住所                                                                                                                    | 〒                                                                                                                                                                                                                      |       |
| 電話番号                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                        | FAX番号 |
| 勤務先の<br>利用者<br>状況                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引を必要とする方　　名                                                                                                                                                                            |       |
|                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引を必要とする方　　名                                                                                                                                                                            |       |
|                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引を必要とする方　　名                                                                                                                                                                      |       |
|                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養を必要とする方　　名                                                                                                                                                                     |       |
|                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養を必要とする方　　名                                                                                                                                                                              |       |

※ご注意

①上記に必要事項を正確に記入し、本校へ提出、郵送またはFAX（052-807-0098）でお申し込みください。  
（勤務先で複数取りまとめたの送付も可能です。）

②免除科目がある方は、終了証明書の写しも同封してください。※実務者研修（医療的ケア）受講済の方は講義・筆記試験が免除になります。

郵送先住所　名古屋市瑞穂区豊岡通3丁目56番地  
赤星ビル2階  
アリススキルアップスクール

申込書記入日　：　令和　　年　　月　　日

喀痰吸引等第2号研修受講申込書

私は、本研修の受講決定通知書送付後に申込者都合によるキャンセル・辞退をする場合も授業料を全額負担することに同意したうえで、以下のとおり、アリススキルアップスクール喀痰吸引研修に受講を申し込みます。

|                                                                           |                                                                                                             |                    |                                                                          |                                                                                |       |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------|
| ふりがな                                                                      |                                                                                                             | 性別                 | 生年月日                                                                     |                                                                                | 免除科目※ |
| 氏 名                                                                       |                                                                                                             | 男・女                | 昭和・平成<br>年 月 日                                                           |                                                                                | 無 ・ 有 |
| 住 所                                                                       | 〒                                                                                                           |                    |                                                                          | 所持資格                                                                           |       |
|                                                                           |                                                                                                             |                    |                                                                          |                                                                                |       |
| 連絡先                                                                       |                                                                                                             | 実務者研修              | 医療的ケア <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 受講していない・受講予定 |                                                                                |       |
| 電話・FAX                                                                    |                                                                                                             |                    |                                                                          |                                                                                |       |
| 申込コース                                                                     | 9月コース（ 9月1日開講 ）                                                                                             | 申込研修<br>※レをつけてください | <input type="checkbox"/> 第2号研修<br><input type="checkbox"/> 第2号研修（実地のみ）   | <input type="checkbox"/> 第2号研修（ 科目）<br><input type="checkbox"/> 第2号研修（ 科目実地のみ） |       |
| 希望取得行為                                                                    | <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"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 |                    |                                                                          |                                                                                |       |
| ※レをつけてください                                                                | <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養                                    |                    |                                                                          |                                                                                |       |
| ご希望の受講決定通知案内手段について、ご記入してください。                                             |                                                                                                             |                    |                                                                          |                                                                                |       |
| <input type="checkbox"/> 自宅へ郵送 <input type="checkbox"/> 自宅へFAX（FAX番号： ）   |                                                                                                             |                    |                                                                          |                                                                                |       |
| <input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送 <input type="checkbox"/> 勤務先へFAX（FAX番号： ） |                                                                                                             |                    |                                                                          |                                                                                |       |

申込者勤務先について

|                                                                                                                         |                                                                                                     |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 離職中 ※在職中に <input checked="" type="checkbox"/> を入れた方は下記項目をご記入ください。 |                                                                                                     |       |
| 法人名                                                                                                                     |                                                                                                     |       |
| 種別                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健 <input type="checkbox"/> グループホーム |       |
| ※レをつけて下さい                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 障害者（児）施設等・訪問系サービス                         |       |
|                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                     |       |
| 勤務先名                                                                                                                    |                                                                                                     |       |
| 勤務先住所                                                                                                                   | 〒                                                                                                   |       |
| 電話番号                                                                                                                    |                                                                                                     | FAX番号 |
| 勤務先の<br>利用者<br>状況                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引を必要とする方 名                                                          |       |
|                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引を必要とする方 名                                                          |       |
|                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引を必要とする方 名                                                    |       |
|                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養を必要とする方 名                                                   |       |
|                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養を必要とする方 名                                                            |       |

※ご注意

- ①上記に必要事項を正確に記入し、本校へ提出、郵送またはFAX（052-807-0098）でお申し込みください。  
（勤務先で複数取りまとめたの送付も可能です。）
- ②免除科目がある方は、終了証明書の写しも同封してください。※実務者研修（医療的ケア）受講済の方は講義・筆記試験が免除になります。

郵送先住所　名古屋市瑞穂区豊岡通3丁目56番地  
赤星ビル2階  
アリススキルアップスクール