

喀痰吸引等研修(第二号)受講申込書

空欄への記入と該当項目に○を付け、法人・事業所より推薦と確約を受けた上でご提出ください。

(○) 第8回 第二号研修(令和3年. 5/20~)			
(○) 全日コース		() 夜間コース	
受講希望研修	1. 講義・実地研修 2. 講義(基本研修)のみ 3. 実地研修のみ * 免除項目がある方は免除証明を一緒に提出してください。		
ふりがな 受講者氏名			性別 男・女
生年月日	(西暦) 年 月 日生 ()歳		
職業	1. 経営者 2. 管理職 3. 介護職 4. ケアマネ 5. その他()		
資格	1. 介護福祉士 2. 介護職員基礎研修修了 3. 介護支援専門員 4. 社会福祉士 5. 介護職員初任者研修修了 6. 実務者研修修了者 7. その他()		
勤務状況	1. 現在就業中 2. 就業なし(前職歴)	経験年数 ()年()ヶ月	
勤務先	法人名		事業所名
	〒 - TEL FAX * E-mail		
サービス種別	1. 訪問介護 2. 通所介護 3. 訪問看護 4. 認知症対応型共同生活介護 5. 特定施設入所者生活介護 6. 介護老人福祉施設 7. 介護老人保健施設 8. その他()		
自宅	〒 - TEL 携帯TEL * E-mail		
受講の決定通知 及び請求書の宛先	1. 勤務先 2. 自宅		
上記で1. 勤務先 を選んだ方	宛名 1. 本人 2. 勤務先担当者 勤務先担当者名(問い合わせ担当者)() 連絡先TEL()		
修了予定研修	1. 二号研修(* 実地研修予定行為を選択してください) たんの吸引 (<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔) 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう)		
実地研修場所	1. 上記勤務先で依頼 2. 同法人内他事業所(事業所名:) 3. 実地研修場所の確保が困難 (理由:)		

上記のものが「喀痰吸引等研修第二号」を受講することを推薦します。

令和 年 月 日

法人名
事業所名
事業所代表者(管理者)

印



医療法人 寿山会 喜馬病院