

ケアカレッジMITE
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	〒 —							
	TEL	自宅：() — 携帯：() —							
	メール アドレス	@					介護経験：無 ・ 有(年 カ月)		
	保有資格	☐ ホームヘルパー(級) ☐ 介護実務経験3年以上 ☐ 初任者研修 ☐ 介護福祉士国家資格 ☐ その他()			受講種別	☐ 基本研修(対面) ☐ 基本研修(オンデマンド)			
	勤務先								
	住所等	〒 — TEL：() —							
※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	☐ 勤務先と同じ							
		☐ 勤務先以外							
	看護師の医療的ケア指導者講習 希望の有無		☐ あり ☐ 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、申込手続きに必要最小限の範囲内で利用させていただきます。

【申込方法】

＜Mailでのお申込み＞

Mail：cgybw638@yahoo.co.jp

＜郵送でのお申込み＞

〒512-1211

三重県四日市市松岡2609番地

株式会社 RCOO

ケアカレッジMITE 喀痰吸引研修担当者