

喀痰吸引等研修受講申込書

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・辞退をする場合も受講料を全額負担することに同意のうえ以下のとおり、
H(アッシュ)ケアカレッジ主催 喀痰吸引研修に受講を申し込みます。

受講希望コース：				
フリガナ 氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (西暦)	年 月 日生 ()歳
フリガナ 住所	〒 -			所持資格
	TEL (- -)		携帯 (- -)	
日中の連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	
希望研修	<input type="checkbox"/> 第1号研修 <input type="checkbox"/> 追加研修 (人工呼吸器装着者) <input type="checkbox"/> 第2号研修 (□: 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部吸引 □: 胃瘻 腸瘻・経鼻経管栄養) <input type="checkbox"/> 実地研修のみ (□: 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部吸引 □: 胃瘻 腸瘻・経鼻経管栄養) ※ 実地研修のみを希望の方は、講義演習が免除となる根拠書類(資料)を添付 <input type="checkbox"/> 確認評価(フォローアップ研修) (□: 講義 □: 実習)			
受講可否通知 受講票 送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先			
資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護員養成研修2級課程修了者 <input type="checkbox"/> 初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 (資格名等) ※ 資格のわかる書類(資格証等のコピー)を添付			
勤務先	法人名		事業所名	
	〒 -		TEL (- -) FAX (- -)	
勤務先 種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 認知対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 障害者(児)施設 <input type="checkbox"/> 居宅サービス事業 <input type="checkbox"/> 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()			
痰吸引を必要 とする利用者 の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・ 口腔吸引 ()人 ・ 気管カニューレ内部吸引 ()人 ・ 鼻腔内吸引 ()人 ・ 経鼻経管栄養 ()人 ・ 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 ()人 ・ 人工呼吸器装着者 ()人			
実地研修先	<input type="checkbox"/> 自事業所 <input type="checkbox"/> 他事業所			

※ご注意

上記、該当箇所の□欄には必ずレ点を入れてください。

本条項申込書は、郵送またはFAX:(052-750-3086)でお申込みください。(勤務先で複数取りまとめた送付も可能です。)