「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 ）※希望する研修に〇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		
	☐ 基本研修（1号、2号共通）	100,000円（税別）
	☐ 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 ※（該当するものに〇）	1科目につき 20,000円（税別）
	☐ 人工呼吸器装着者への実地研修	
	たんの吸引： 口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内部 ※（該当するものに〇）	1科目につき 35,000円（税別）
	☐ 1号研修（実地研修）当会仲介先施設	100,000円（税別）
	☐ 受講生が研修先を確保する場合の実地研修	10,000円（税別）

割引制度（基本研修のみ対象）の適用 ※該当する項目に〇を付けて下さい	
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込み頂けます。
（https://forms.gle/J8DS1ribbm344eUV6）

＜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～