

第3号(特定の者対象) 喀痰吸引等研修受講申込書

2024年7月開講

申込日 2024年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	(西暦) 年 月 日 (満 歳) (昭・平 年)*和暦も記載ください。		
住所	〒 (電話) (携帯)		
所属 (現在の勤務先)	担当者		
	電話番号		
	FAX番号		
介護の実務 経験の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 2年未満 <input type="checkbox"/> 2年～3年未満 <input type="checkbox"/> 3年～5年未満 <input type="checkbox"/> 5年以上 <input type="checkbox"/> ない		
資格 <small>該当するものに ☑又は資格名を 記入して下さい</small>	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級課程修了 <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修 <input type="checkbox"/> その他の資格 (名称:)		
利用者支援に ついて	所属事業所の利用者のなかに医療的ケアが必要な人がいますか <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	医療的ケアの必要な利用者の支援に関わったことがありますか <input type="checkbox"/> 現在関わっている <input type="checkbox"/> 関わったことがある <input type="checkbox"/> 関わったことはない		
この研修を 何で 知りましたか	<input type="checkbox"/> 事業所から <input type="checkbox"/> 利用者家族から <input type="checkbox"/> 友人・知人から <input type="checkbox"/> その他 ()		
健康状態			
取得希望	<input type="checkbox"/> 基本研修を修了したい <input type="checkbox"/> 修了後、実地研修の受講を考えている		
担当者記入	・本人確認書類の写し (運転免許証・健康保険証・その他) No.		

お申込みは FAXまたはメールでお願いいたします。

☎FAX 072-683-4649 ✉メール kakutan03basic@tlca.info

社会福祉法人 高槻ライフケア協会

〒569-0806 高槻市明田町5番7号 ☎ 072-683-4945