

## 第12回 喀痰吸引等研修受講申込書

No. \_\_\_\_\_

申込日 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	( ) ある ( ) ない 実務経験: 2年未満 2年～3年未満 3年～5年未満 5年以上		
資格 <small>該当するものに ○又は資格名を 記入して下さい</small>	( ) 介護福祉士 ( ) 介護職員初任者研修 ( ) 介護員2級課程修了 ( ) 介護職員実務者研修 ( ) 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 ( ) いる ( ) 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 ( ) 現在関わっている ( ) 関わったことがある ( ) 関わったことはない		
この研修を 何で知りま したか	( ) 事業所から ( ) 利用者家族から ( ) 友人・知人から ( ) その他 ( )		
健康状態			
取得希望	( ) 基本研修を修了したい ( ) 基本研修+実地研修の修了		
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 )		

**お申込みはFAXでお願いいたします。FAX:(072)683-4649**

\* 応募者多数の場合、医療的ケアの必要な利用者支援に関わる方の受講を優先しますので、ご了承ください。受講決定次第、電話又はFAXにてご連絡させていただきます。