

第3号(特定の者対象) 喀痰吸引等研修受講申込書

2025年9月開講

申込日 2025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 ☐ 2年未満 ☐ 2年～3年未満 ☐ 3年～5年未満 ☐ 5年以上 ☐ ない		
資 格 該当するものに ☑又は資格名を 記入して下さい	☐ 介護福祉士 ☐ 介護職員初任者研修 ☐ ヘルパー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 ☐ 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