

令和8年度2回目 喀痰吸引等研修 受講申込書

申込日 年 月 日

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・辞退をする場合も授業料を全額負担することに同意したうえで、以下のとおり、喀痰吸引等研修に受講を申し込みます。

ふりがな 氏名			性別	免除科目
			男・女	無・有
生年月日	年 月 日		年齢	歳
住所	〒			
電話番号		F A X		
携帯番号		E メール	@	
申込コース	平成 年度 回コース (月 日開講)	申込研修	第1号研修 第2号研修 (科目)	
希望取得行為	☐ 口腔内の喀痰吸引 ☐ 鼻腔内の喀痰吸引 ☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ☐ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ☐ 経鼻経管栄養 ☐ 上記、実地研修を貴就業先施設にて行う (一定の条件がありますので追ってご連絡させていただきます)			
ご希望の受講決定通知書案内方法について				
☐ ご自宅へ郵送 ☐ ご自宅へF A X ☐ 勤務先への郵送 ☐ ご勤務先へF A X				
免許・資格	☐ 介護福祉士 ☐ ヘルパー1級 ☐ ヘルパー2級 ☐ 介護職員初任者研修 ☐ 介護職員初任者研修受講中 ☐ その他 ()			

申込者勤務先について

☐ 在職中 ☐ 離職中 ※在職中に ☐ を入れた方は下記項目をご記入ください					
法人名					
種別	☐ 特別養護老人ホーム	☐ 介護老人保健施設	☐ グループホーム		
	☐ 有料老人ホーム	☐ 障害者（児）施設等・訪問系サービス			
	☐ その他（　　　　　　　　　　　）				
勤務先名					
勤務先住所		〒			
電話番号			F A X		

TEL 052-217-6763 fax 052-217-6754
担当：鈴木

住所 〒458-0024

名古屋市緑区尾崎山2-111ヴィクトワール尾崎山1F

※上記に必要事項を記入し、郵送又はFAXにてお申込みください。
※免除科目のある方は、その修了証明書の写しも同封してください。

一般社団法人 Smart art