

ちあいケアカレッジ 喀痰吸引等研修 受講申込書

お申込日 _____ : _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

お申込みコース : [_____] 月 [_____] コース

ふりがな				性別	男 ・ 女	
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	
氏名(続柄)	(_____)		(_____)	_____	_____ - _____	
保有資格	1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. 実務者研修修了者 4. 初任者研修修了者 5. ホームヘルパー (_____) 級修了者 6. 介護支援専門員 7. その他 (_____)					
認定状況	現在、認定特定行為業務従事者(経過措置)の認定を受けている (はい ・ いいえ) ※(はい)と答えた方 <input type="checkbox"/> 特定(対象行為: _____) <input type="checkbox"/> 不特定(対象行為: _____) <input type="checkbox"/>					
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	<input type="checkbox"/> 1号及び2号研修(基本研修)				税込100,000円	
	<input type="checkbox"/> 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○)				1科目につき 税込16,000円	
	<input type="checkbox"/> 1号研修(実地研修) 当会仲介施設				税込80,000円	
	<input type="checkbox"/> 当会仲介先施設での人工呼吸器装着者				税込27,000円	
	<input type="checkbox"/> 受講生が研修先を確保する場合の実地研修				税込10,000円	
本講座を知ったきっかけ	広告 ・ ホームページ ・ 求人誌 ・ 知人、家族からの紹介 当講座の卒業生(_____)からの紹介 ・ その他(_____)					

※ 個人情報についてご記入いただいた内容につきましては、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いたしません。

※ ご記入の上、講座開始の2日前までに下記住所へ郵送にてお申し込みの上、下記まで料金のお振込みをお願い致します。

【 百五銀行 西春支店 普通 335867 株式会社ちあい 】

『お問合せ先』

株式会社 ちあい 担当: 南
〒448-0812 愛知県刈谷市高須町1丁目7番地16
メゾン高須南102号室
TEL : 0566-45-5541 FAX : 0566-93-3797

