

ケアカレッジMITE 喀痰吸引等研修受講申込書

申込日： 令和 年 月 日				希望研修開始日 別紙参照		__月コース __ / __ ~		
受講希望者	フリガナ		性 別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 (満 歳)		
	氏 名	⑩						
	現住所	〒 —						
	TEL	自宅：() — 携帯：() —						
	メールアドレス	①			介護経験：無 ・ 有(年 カ月)			
	保有資格	☐ ホームヘルパー(級) ☐ 介護実務経験3年以上 ☐ 初任者研修 ☐ 介護福祉士国家資格 ☐ その他()			受講種別	☐ 第1号研修(対面) ☐ 第1号研修(オンデマンド) ☐ 第2号研修(項目：)		
	施設名							
住所等	〒 — TEL：() —							
実地研修先	施設名	☐ 勤務先と同じ						
		☐ 勤務先以外						
	看護師の医療的ケア指導者講習希望の有無		☐ あり ☐ なし (ご希望の場合は別途申し込み書等必要な為、ご連絡させていただきます。)					
備考								

【書記載上の留意点】

受講可否通知までに記載内容に変更が生じた場合には、速やかにご連絡ください。

【添付書類】

該当する下記の書類を提出してください。(郵送可)

- ・(介護福祉士) … 介護福祉士登録証の写し
- ・(介護実務経験3年以上の場合) … 所属施設長等が発行する実務経験証明書(任意書式可)
- ・研修の一部履修免除を証明する修了証等の写し

【個人情報の取り扱い】

申込書に記載された個人情報は、連絡手段として利用させていただくほか、申込手続きに必要最小限の範囲内で利用させていただきます。

【申込方法】

<郵送でのお申込み>

〒512-1211

三重県四日市市桜町2609番地

株式会社 RCOO

ケアカレッジMITE 喀痰吸引研修担当者

<メールでのお申込み>

cgylw638@yahoo.co.jp

