

令和7年度開講

社会福祉法人寿宝会研修センター 喀痰吸引等研修申込書

※定員4名 本研修は先着受付ではございません。
 ※受講申込を確認の上、受講に適格と認められ、利用者様の状況を勘案し決定いたします。

受付日	月	日
-----	---	---

	(姓)	名	
フリガナ			
氏名			
生年月日	年	月	日生 年齢 歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	※任意記入	
郵便番号	—		
フリガナ			
住所			
電話番号 (自宅)		携帯電話番号	
所持資格	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士(医療的ケア受講済み) <input type="checkbox"/> 介護福祉士(医療的ケア未受講) ※資格をお持ちの方は資格証のコピーを提出して下さい		
介護現場における実務経験年数			
健康状態			
支払方法			
勤務先			
勤務先電話番号			

申込書提出先	〒441-0316 愛知県豊川市御津町赤根山田12番地 社会福祉法人寿宝会 本部 宛
--------	--

※ホームページ以外の申込みの場合は郵送もしくは持ち込みでの受付となりますのでご注意ください。