

申込日 令和 年 月 日

喀痰吸引等研修 第2号研修 受講申込書			
希望コース	令和 年 月 コース （ 免除対象者コース ・ 一般コース ）		
ふりがな			性別 男性 ・ 女性
氏名			
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		年齢 歳
所有資格	・ 介護福祉士 ・ 実務者研修修了 ・ 初任者研修修了 ・ 訪問介護員 （ ） 級修了 ・ その他 （ ）		職歴 約 年
住所	〒		
連絡先TEL	— — （連絡の取りやすい番号をご記入ください）		
医療的ケア	受講している （ 年修了 ） ・ 受講していない		
職歴	介護福祉現場での経験年数 （ 年 ヶ月）		
勤務先種別	特別養護老人ホーム ・ 介護老人保健施設 ・ グループホーム （高齢者・障害者） 訪問介護事務所 ・ 有料老人ホーム ・ その他 （ ）		
勤務先名称			
勤務先住所	〒		
勤務先電話番号	— —		
希望者修種別 □にチェック	・ ☐ 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 ・ ☐ 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 ・ ☐ 経鼻経管栄養		
※就労先に実地研修の対象者はいますか いる ・ いない			
※指導看護師の手配はできますか できる ・ できない			

●免除対象者コースの方の医療的ケア受講の資格証の写しをご提出ください。 FAX 0568-29-4810
高木アカデミー