申込書話	7.入日:	令和	年	月	F

			喀痰 吸引							
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	場合も受	講料を	全額負担するこ	とに同意のう	えで、		
以下のとおり、H	[(アッ	シュ)ケアカレッジ主催 喀痰吸引研修	に受講を申し込みます。							
フリガナ				性与	削			年	月	日生
氏 名					男	生年月日 (西暦)		<del></del>	73	山工
以石								(	)歳	
フリガナ										
	₹	_								
住 所										
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,										
		TEL ( —	<u> </u>	)	携	帯 (	_		_	)
日中の連絡先		携帯	□ 自宅				□ 勤務先			
		第1号研修								
		追加研修	(人工呼吸器装着者)							
希望研修		第2号研修	(□: 口腔内・鼻腔内・気	管カニュー	ーレ内部	部吸引 □:胃	廔 腸瘻·経鼻	経管栄養)		
		実地研修のみ	(□: 口腔内・鼻腔内・気				廔 腸瘻·経鼻	経管栄養)		
		※ 実地研修のみを希望の方は、講義演習が免除となる根拠書類(資料)を添付								
			(□:講義 □:実習)							
受講可否通知 受講票		自宅								
送付先		勤務先								
		介護福祉士	□ 介護職員基		了者		□ 介護員者		課程修了者	
資 格		初任者研修修了者	□ 社会福祉士				□ 介護支持	段専門員		
		その他(資格名等		)						
	※ 資格のわかる書類(資格証等のコピー)を添付									
		法人名			事業	所名				
勤務先	₹	_								
到份元										
		TEL ( —	_	)	FA	AX (	_			)
		特別養護老人ホーム	□ 介護老人保	健施設			□ 認知対応	5型共同生活	介護	
勤務先 種別		有料老人ホーム	□ 障害者(児)	施設			□ 居宅サー	・ビス事業		
		訪問介護事業所	□ その他(			)				
痰吸引を必要		無	□有							
茨吸引を必要とする利用者 の有無		口腔吸引 ( )人	・ 気管 カニューレ	内部吸引	(	)人	•	鼻腔内吸引	(	)人
		経鼻 経管栄養 ( )人	・ 経管栄養 □	胃瘻 [	□ 腸瘍	隻 ( )	人	人工呼吸器	装着者(	)人
実地研修先		自事業所	□ 他事業所							

## ※ご注意

上記、該当箇所の□欄には必ずレ点を入れてください。

本条項申込書は、郵送または**FAX:(052-750-3086)**でお申込みください。(勤務先で複数取りまとめての送付も可能です。)

## 喀痰吸引等研修受講申込書

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・辞退をする場合も受講料を全額負担することに同意のうえ以下のとおり、 H(アッシュ)ケアカレッジ主催 喀痰吸引研修に受講を申し込みます。

受講希望コ	ース	. :								
フリガナ				性	別			年 月	日生	
氏 名					男	生年月日 (西暦)		<del>+</del> /	μт	
ДТ					女			( )歳		
フリガナ								所持資格		
	Ŧ	_								
住 所										
		TEL ( —		)	携	帯 (	_	_	)	
日中の連絡先		携帯	□ 自宅				□勤務先			
		第1号研修								
希望研修		追加研修	(人工呼吸器装着者)							
		第2号研修	(□:口腔内·鼻腔内·気	管カニュ	ーレ内部	祁吸引 □:胃疹	瘻 腸瘻・経鼻経	管栄養)		
		実地研修のみ	(□:口腔内·鼻腔内·気	管カニュ	ーレ内部	祁吸引 □:胃疹	瘻 腸瘻・経鼻経	管栄養)		
	※ 実地研修のみを希望の方は、講義演習が免除となる根拠書類(資料)を添付									
		確認評価(フォローアップ研修)	(□:講義 □:実習)							
受講可否通知 受講票		自宅								
送付先		勤務先								
		介護福祉士	□ 介護職員基	礎研修修	了者		□ 介護員養原	战研修2級課程修了者		
資 格		初任者研修修了者	□ 社会福祉士				□ 介護支援専	<b>亨門員</b>		
X 16		その他(資格名等		)						
	※ 資格のわかる書類(資格証等のコピー)を添付									
		法人名			事業	所名				
m	=	-		1						
勤務先										
		TEL ( —	_	)	FA	Х (	_	_	)	
		特別養護老人ホーム	□ 介護老人保	健施設			□ 認知対応型	<u></u> 世共同生活介護		
勤務先 種別		有料老人ホーム	□ 障害者(児)	施設			□ 居宅サーヒ	ス事業		
122/73		訪問介護事業所	□ その他(			)				
が収まえる。		無	□ 有							
痰吸引を必要 とする利用者 の有無		口腔吸引(  )人	・ 気管 カニューレ	内部吸引	)	)人	・鼻	腔内吸引 (	)人	
		経鼻 経管栄養 ( )人	・ 経管栄養 □	胃瘻	□腸瘻	į ( )	人 · 人	工呼吸器装着者(	)人	
実地研修先		自事業所	□ 他事業所			_				

※ご注意

上記、該当箇所の□欄には必ずレ点を入れてください。

本条項申込書は、郵送またはFAX: (052-750-3086)でお申込みください。(勤務先で複数取りまとめての送付も可能です。)