

△FAX番号 052-734-2008△

福祉の資格の学校 キャリアアップ 喀痰吸引等研修

令和7年度(1 回目) 第2号研修 受講申込書

私は、福祉の資格の学校 キャリアアップ が主催する介護職員等による喀痰吸引等研修（第1号研修・第2号研修）研修の内容を理解し承諾をいたしました。下記の通り本研修を申し込みます。

				令和	年	月	日記入
名 前	(ふりがな)				性 別		
	姓		名		男 ・ 女		
住 所	〒						
電話番号	— —		FAX番号	— —			
生年月日	昭和・平成 年 月 日						
お申込 研修選択	【選択】☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 第1号研修 <input type="checkbox"/> 第2号研修→受講希望科目を選択してください→			【第2号研修受講希望科目】 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引・ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引・ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引・ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養			
お持ちの 介護資格							
一部履修免 除の有無	【選択】○で囲んでください。 ある ・ ない						
実地研修場 所	【選択】○で囲んでください。 研修機関が指定する施設で行う ・ 自分の就業先で行う。						

(申込者勤務先について)

法人名							
勤務先名							
住 所	〒						
電話番号			FAX番号				
勤務先の 利用者状況	たんの吸引等を必要とする利用者の有無 (有 ・ 無)						
	「有」の場合の対象利用者数						
	口腔内喀痰吸引を必要とする方			()名			
	鼻腔内喀痰吸引を必要とする方			()名			
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養を必要とする方			()名			
	経鼻経管栄養を必要とする方			()名			

(その他問合せ・連絡事項等)

--

※この申込書記入の氏名、生年月日は修了証明書発行時に使用致します。お間違いなくご記入下さい。

※記載された個人情報は本事業以外の目的では使用致しません。