

△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 曜日記入

名 前	(ふりがな)		性 別
	姓	名	
住 所	〒 _____		
電話番号	_____ - _____	FAX番号	_____ - _____
生年月日	昭和・平成 年 月 日		【第2号研修受講希望科目】 ( ) 口腔内の喀痰吸引・( ) 人工呼吸器 ( ) 鼻腔内の喀痰吸引・( ) 人工呼吸器 ( ) 気管カニューレ内部の喀痰吸引・ ( ) 人工呼吸器 ( ) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ( ) 経鼻経管栄養
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→		
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。