

喀痰吸引等研修(第一号・第二号研修)
喀痰吸引等研修 受講申込書

申込日 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	昭和・平成
			年 月 日
住所	〒 -		
電話番号		携帯番号	
メールアドレス		FAX番号	
ご勤務先			

一部履修免除資格について(下記①～④いずれかの資格を修了されている方は基本研修・演習が免除になります。)

①介護福祉士資格証※1	あり・無し	資格取得年月日	年 月 日
②実務者研修修了証	あり・無し	修了年月日	年 月 日
③基本研修修了証	あり・無し	修了年月日	年 月 日
④認定特定行為業務従事者	あり・無し	修了年月日	年 月 日
介護現場就業経験	あり・無し	介護現場経験年数	年 ケ月

参加研修日程

研修受講日程	2025年01月20日(火)開始分
研修会場	株式会社こうせい 〒451-0062 愛知県名古屋市西区花の木2丁目17-11-2ベル花の木101号

実地研修申込み内容

①小計	189,200円	②消費税	18,720円	受講料合計	207,920円
-----	----------	------	---------	-------	----------

受講希望科目に☑をお願いします。希望科目の単価合計+消費税が研修受講料となります。

希望科目	内容	科目	実施時間/回数	数量	単価(税別)
<input checked="" type="checkbox"/>	喀痰吸引等研修 オンライン	座学50時間 シミュレーター演習	66時間	1	180,000円
<input checked="" type="checkbox"/>	喀痰吸引等研修 教科書	—	—	1	2,200円
<input checked="" type="checkbox"/>	喀痰吸引等研修 修了書発行費	—	—	1	5,000円
<input checked="" type="checkbox"/>	喀痰吸引等研修 保険料(非課税)	—	—	1	2,000円
提出物	①申込書1通ご提出ください。				

※1 実務者研修を修了されている場合、基本研修が免除になります。

実地研修機関(申込先)

法人名	株式会社Monotas	住所	〒450-0002	電話番号	050-1751-6003
研修機関名	メディカルケアプラス		愛知県名古屋市中村区名駅3-4-10	FAX番号	050-3535-8503
代表者名	新井颯太		アルティメイト名駅1st 2階	E-Mail	medicalcareplus@monotas.co.jp

備考

座学50時間部については、弊社指定のLMSにてオンデマンド配信形式となります。

実地研修については、受講者就業先にて実施いたします。