

「介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修」

基本研修申込書

研修について

希望コース		お申込日	年	月	日
-------	--	------	---	---	---

1. 保有している資格について該当するものにチェックを入れてください

- 介護福祉士 社会福祉士 実務者研修修了者 初任者研修修了者
 ホームヘルパー（ 1 · 2 · 3 ）級修了者 介護支援相談員

※基本研修免除対象となる場合は、実地研修申込書にてお申し込みください

2. 請求書の送付先について、該当箇所にチェックを入れてください

自宅 会社

受講者情報

ふりがな		性別	男性 · 女性
氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
自宅住所	〒 -		
電話番号		メールアドレス	@

勤務先情報

勤務先		電話番号	
勤務先住所	〒 -		
担当者氏名		担当者 メールアドレス	@

申し込み方法

- 申込の際は必ず「保有している資格者証または修了証」を添付してください
- 申し込みはFAXまたはメールでお願い致します

Fax 052-414-7506 mail care-college@juju-g.co.jp



ひなたケアカレッジ

株式会社寿々

〒453-0863

名古屋市中村区八社1丁目97

Tel 052-414-7505