

申込書記入日： 年 月 日

2026年 第1回 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・辞退をする場合も授業料を全額負担することに同意したうえで、以下のとおり、2026年度 医療法人 医仁会 主催 喀痰吸引等研修受講を申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日		免除科目
氏名		男 女	昭和・平成	年 月 日	無・有
自宅住所	〒				
電話番号①				※日中の連絡先に☑を記入してください	
電話番号②				☐ 電話番号 ① ☐ 電話番号 ②	
資格 (介護福祉士など)			介護経験年数	年	
本研修受講目的					
ご希望の受講決定通知案内手段に☑を記入してください。					
☐ 自宅へ郵送 ☐ 自宅へFAX FAX番号：					
☐ 勤務先へ郵送 ☐ 勤務先へFAX FAX番号：					
受講決定の場合のテキストについて					
使用するテキスト：中央法規刊「介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」税込2,160円					
※主催者で一括購入し、研修開講日に会場でお渡しします					
申込者勤務先について					
☐在職中	※在職中に☑を入れた方は下記項目をご記入ください。			☐現在離職中	
法人名					
種別	☐特別養護老人ホーム ☐介護老人保健施設 ☐グループホーム ☐有料老人ホーム ☐障害者(児)施設等 ☐訪問系サービス(内容：) その他()				
勤務先名					
勤務先住所	〒				
電話番号					
備考					

※ご注意

- ① 上記に必要事項を正確に記入し、提出または郵送でお申し込みください。
申し込み先：〒480-0127 愛知県丹羽郡大口町新宮1-129
医療法人医仁会 さくら総合病院 喀痰吸引等研修担当者宛
- ② 免除科目がある方は、修了証明書の写しも同封してください。