

令和8年度開講

## 社会福祉法人寿宝会研修センター 喀痰吸引等研修申込書

※定員5名 本研修は先着受付ではございません。  
※受講申込を確認の上、受講に適格と認められ、利用者様の状況を勘案し決定いたします。

受付日	月	日
-----	---	---

	(姓)	名	
フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	※任意記入	
郵便番号	—		
フリガナ			
住所			
電話番号 (自宅)		携帯電話番号	
所持資格	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士(医療的ケア受講済み) <input type="checkbox"/> 介護福祉士(医療的ケア未受講) ※資格をお持ちの方は資格証のコピーを提出して下さい		
介護現場における実務経験年数			
健康状態			
支払方法			
勤務先			
勤務先電話番号			

申込書提出先	〒441-0316 愛知県豊川市御津町赤根山田12番地 社会福祉法人寿宝会 本部 宛
--------	--------------------------------------------------