

「介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修」申込書

(1 号 ・ 2 号) ※希望する研修に○印をつけてください

希望コース名 :		お申込み日: 年 月 日	
ふりがな	法人名 ※法人申込の場合		
氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
住所	〒 -		
自宅電話	() -	携帯電話	() -
メールアドレス			
緊急連絡先	氏名(続柄)		電話番号
			() -
保有資格	1. 介護福祉士(2017年度以前の試験で取得) 3. 実務者研修 2. 介護福祉士(2018年度以降の試験で取得) 4. 喀痰吸引等研修(基本研修のみ)		
現在の職場において、実地研修が可能ですか? (はい ・ いいえ)			
研修種別	<input type="checkbox"/> 基本研修(1号、2号共通)	100,000円(税別)	
	<input type="checkbox"/> 2号研修(実地研修の特定行為を下記より選択) 当会仲介先施設 たんの吸引: 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部 経管栄養: 胃ろう腸ろう・経鼻 ※(該当するものに○)	1科目につき 20,000円(税別)	
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者への実地研修 たんの吸引: 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部 ※(該当するものに○)	1科目につき 35,000円(税別)	
	<input type="checkbox"/> 1号研修(実地研修) 当会仲介先施設	100,000円(税別)	
	<input type="checkbox"/> 受講生が研修先を確保する場合の実地研修	10,000円(税別)	
割引制度(基本研修のみ対象)の適用 ※該当する項目に○を付けて下さい			
グループ割引 (5,000円) ※ 2名以上同時申し込みで適用		紹介割引 (5,000円) ※ 当講座の卒業生からの紹介の場合、適用	

※個人情報についてご記入いただいた内容については、当法人の個人情報管理規定に従い厳重に管理し、本研修以外の目的には使用しません。

上記内容は右記お申し込みフォームからもお申込み頂けます。
(<https://forms.gle/J8DS1ribbm344eUV6>)



<お問い合わせ先>

株式会社with shiny

ケアスクールShiny

担当:磯田

〒454-0934

名古屋市中川区西中島1丁目1008 ピースフルハイツ103

TEL: 052-990-2027

FAX: 052-990-3627



株式会社 with shiny
~福祉の"今"も明るく~