

社会福祉法人十日町福祉会
平成29年度 喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）
受講申込書

受講希望研修 （□に✓を入れて下さい）

第一号研修

第二号研修

※実地研修で実施予定の行為に✓して下さい

- 口腔内の喀痰吸引
- 鼻腔内の喀痰吸引
- 気管カニューレ内部の喀痰吸引
- 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

ふりがな		印	性別	
氏名	(姓)	(名)	男	女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
ふりがな				
受講者住所	〒 —			
連絡先	(自宅)	—	—	
(電話番号)	(携帯)	—	—	
科目免除に関わる資格等 (該当する□に✓を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 基本研修修了者 <input type="checkbox"/> 14時間研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 (通信課程による修了者) <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 (実施手順解説の科目をスクーリングで受けた修了者) <p style="text-align: right;">※修了証のコピーを添付してください</p>			
介護業務経験年数	年 月			
介護福祉士の資格	有 ・ 無			
法人名称				
所属先	(名称)			
	(住所)			
	〒 —			
	(電話) — —			
(FAX) — —				

※推薦状と合わせて提出ください