

社会福祉法人十日町福祉会
平成30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)	
<input type="checkbox"/> 第一号研修 (喀痰吸引及び経管栄養のすべて) <input type="checkbox"/> 第二号研修 (喀痰吸引等行為の個別研修) ※実地研修で実施予定の行為に✓して下さい <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 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) — —		(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) — —			
(F A X) — —				

※推薦状と合わせて提出ください