

## 喀痰吸引等研修（第二号研修）申込書・調書

|  |   |     |       |
|--|---|-----|-------|
| ふりがな<br>氏名                                     |   | 性別  | 男 ・ 女 |
| 自宅住所   | 〒 -<br>TEL ( ) - FAX ( ) -<br>E-mail 携帯 TEL   |     |       |
| 生年月日   | S・H 年 月 日生 ( ) 歳  |     |       |
| 実地研修<br>※実地研修は1行為以上<br>4行為まで選択可能<br>(該当するものに☑) | 1. 研修内容<br><input type="checkbox"/> 基本研修 + 実地研修 <input type="checkbox"/> 実地研修のみ<br>2. 実地研修<br><input type="checkbox"/> 当スクールで実地研修を希望<br><input type="checkbox"/> 就業施設にて実地研修を希望<br>3. 実地研修希望行為<br><input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引<br><input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 |     |       |
| 受験免除科目<br>(該当するものに☑)                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>『あり』の方は「修了証明書又は認定書の写し」または「一部履修証明書の写し」を添えて申し込む  |     |       |
| 『受講可否通知書』等<br>今後の書類送付先<br>(該当するものに☑)           | <input type="checkbox"/> 自宅へ郵送希望 <input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送希望<br><input type="checkbox"/> 受講者個人の E-mail :<br><input type="checkbox"/> 勤務先の E-mail :  |     |       |
| 保有資格<br>(該当するものに☑)                             | <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程修了者 <input type="checkbox"/> 初任者研修修了者<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |     |       |
| 職歴   | a. 福祉職場の勤務年数 ( ) 年 ( ) か月<br>b. 現在の勤務先における勤続年数 ( ) 年 ( ) か月   |     |       |
| 現在の勤務先   | 法人名   | 施設名 |       |
|  | 施設所在地<br>〒 -<br>TEL ( ) - FAX ( ) -<br>E-mail : 担当者名  |     |       |

