

喀痰吸引等研修（第3号研修—基本研修）受講申込書

一般社団法人こころ

TEL 079-423-0556 FAX 079-423-0556

記入日 令和 年 月 日

【受講者情報】

フリガナ		性別
受講者氏名		男 女
↑住民票記載の文字での記入をお願いします		
受講者生年月日	昭和 平成 年 月 日	
受講者住所	〒	
受講者電話番号	— —	
↑当日、連絡のつく番号の記入をお願いします		
所持資格 (該当するものに○ をつけてください)	介護福祉士	実務者研修
	介護職員初任者研修／ホームヘルパーヘルパー2級	
	その他 ()	
職歴	福祉職場の勤務年数 () 年 () ヶ月	

【申込者勤務先について】

法人名 (例：社会福祉 法人 ○○会など)			
事業所名			
勤務先住所	〒		
連絡先	電話	FAX	
	メールアドレス		
上記の者を喀痰吸引等研修（第三号研修）の受講者として推薦し申込みます。			
令和 年 月 日			
法人名			
事業所名			
法人・事業所等代表者名	印		

受講当日 駐車場利用を 希望しますか	はい ・ いいえ ↓ (ナンバーを記入下さい) (—)	1事業所内 受講者 優先順位	/ 位
--------------------------	-------------------------------------	-------------------	-----

※FAXでお申し込みをされた場合は、申込書の原本を研修日当日にお持ちの上、受付時にご提出ください。

※申込後のキャンセルの場合、受講料は返金できませんのでご了承ください。

※当法人では看護師による実地研修指導は行っておりません。（受講者様の事業所で指導看護師を手配していただくことになります）