

社会福祉法人十日町福祉会  
令和元年度 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"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 |
| <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引               | <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養          |
| <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引         |  |

|                                 |   |     |          |   |
|---------------------------------|---|-----|----------|---|
| 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<br>(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<br><input type="checkbox"/> 14時間研修修了者<br><input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 (通信課程による修了者)<br><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)<br><p style="text-align: right;"><b>※修了証のコピーを添付してください</b></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**