

社会福祉法人十日町福祉会
令和4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 (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） ※修了証のコピーを添付してください				
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