

社会福祉法人ほたか会 介護研修センター
喀痰吸引等研修（第一号・第二号）受講申込書

以下のとおり、関係書類を添えて申し込みます。

第()期	申込日	令和 年 月 日
-------	-----	----------

受講希望者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 (満 歳)		
	氏名							
	現住所	〒 — (アパート名等)						
	TEL	自宅：() —		携帯：() —				
	メールアドレス	@			同一施設内で複数名申し込む 場合の優先順位		位	
	受講資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士国家資格 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護実務経験 3 年以上 <input type="checkbox"/> その他 ()			免除関係	<input type="checkbox"/> 基本研修 (範囲：) <input type="checkbox"/> 実地研修 (行為：) <input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <hr/> <input type="checkbox"/> 演習、実地研修 (基本研修免除)		
勤務先	法人名				サービス種別			
	施設名							
	住所等	〒 —			TEL：() —			
実地研修先	法人名	<input type="checkbox"/> 勤務先と同じ						
	施設名	<input type="checkbox"/> 勤務先と同じ						
	住所等	<input type="checkbox"/> 勤務先と同じ			〒 — TEL：() —			
指導看護師	フリガナ				性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 (満 歳)
	氏名							
	指導看護師修了書番号				所属部署・役職			
コロナワクチン 予防接種 実施状況	*該当のところに○印をつけて必要事項はご記入下さい。 2 回接種済 ・ 1 回接種済(次回予定 / 頃) ・ 予定あり(/ 頃) ・ 予定なし							
受付日	◆当センター記入欄							
	支払方法		入金日		受講料金		実地研修 実施について	
	分割・一括		未・済 (/)		¥		当法人希望・自事業所での実施	

[受講申込書記載上の留意点]

- * 太枠内は受講者選定に必要な内容となりますので、記入漏れ・誤りのないように記載してください。
- * 受講可否通知までに記載内容に変更が生じた場合には、速やかに当センターまでご連絡ください。

[添付書類について]

- * 申し込みにあたっては、該当する以下の書類を提出してください。(提出は郵送可です。)
- ・ (介護福祉士の場合) …介護福祉士登録証の写し
- ・ (介護実務経験 3 年以上の場合) …所属施設長等が発行する実務経験証明書 (任意書式可)
- ・ 研修の一部履修免除を証明する修了証等の写し (「受講案内 (募集要項) 10」に該当するもの)
- ・ 実地研修指導看護師の看護師免許証の写しおよび喀痰吸引等研修指導看護師研修修了証の写し

[その他]

* 当センターでは、本受講申込書に記載された個人情報 (氏名、住所、電話番号、その他個人を特定できるもの) につきまして、連絡手段のために利用させていただくほか、申し込みの手続きに必要なかつ最小限の範囲内で利用させていただきます。