

桜谷荘喀痰吸引等研修 受講申込書

写真 3 cm×2.5 cm

申し込み日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

桜谷荘喀痰吸引等研修の受講を申し込みます。

フリガナ			
氏 名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日生 (歳)
住 所	〒		
連 絡 先	電話	— —	
	メールアドレス		
	緊急連絡先	— — (続柄)	
勤 務 先			
職 業	<input type="checkbox"/> 介護従事者 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他		
研修の一部免除 (免除には証明書 の提出が必要で す)	<input type="checkbox"/> 医療的ケアの科目 (実地研修を除く) <input type="checkbox"/> 医療的ケアの科目 (実地研修を含む) <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームにおける痰の吸引等の取り扱いについてに基づく研修 <input type="checkbox"/> 平成 22 年度介護職員等によるたんの吸引等の試行事業 <input type="checkbox"/> 平成 23 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修を受講した		
希望する実地研修	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (滴下・半固形化・両方) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		

※個人情報の取り扱いについて ご記入いただいた個人情報は、本研修以外には使用しません。

※事務局使用欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民票		
受付No.	受付日	受付者	備 考
	平成 年 月 日		

社会福祉法人桜谷福祉会