

喀痰吸引等研修事業 基本研修第2号受講申込書

令和 年 月 日

有限会社 エムワン殿

【受講者を推薦する施設長又は事業所の代表者記載欄】

住所	〒	
	TEL	FAX
名称	法人名	
	施設名	
代表者氏名 (施設長名で可)	公印	

【受講者】

ふりがな	性別	1. 男
氏名		2. 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 生まれ () 歳	
本人住所	〒	
	TEL	
施設種別	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 有料老人ホーム 4. 通所介護事業所 5. 訪問介護事業所 6. 認知症(高齢者)グループホーム 7. 障害者(児)福祉施設 8. その他()	
職種・役職	介護職に従事した年数 年 月	
受講を希望する研修	<input type="checkbox"/> 基本研修のみ ￥100,000- (消費税込み)	<input type="checkbox"/> テキスト希望 ￥2,420- (消費税込み)
	<input type="checkbox"/> 基本研修+実地研修 ￥120,000- (消費税込み)	
	<input type="checkbox"/> 演習(2日間)+実地研修 ￥40,000- (消費税込み)	
	<input type="checkbox"/> 実地研修のみ ￥20,000- (消費税込み)	
基本研修免除対象	喀痰吸引研修などの基本研修終了 ・ 実務者研修 ・ 介護福祉士免許取得 * 修了証書、免許証の写しを添付してください	
お支払方法	一括 ・ 分割	

【実地研修を勤務先で施行する場合はご記入下さい】

1. 実地研修は児施設又は自法人内、もしくは協力施設で実施できる	はい ・ いいえ
2. 実地研修先は登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者である	はい ・ いいえ
3. 実地研修先に指導看護師がいる	はい ・ いいえ