

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+実地研修 ￥120,000- (消費税込み)	<input type="checkbox"/> テキスト希望 ￥2,420- (消費税込み)
	<input type="checkbox"/> 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	