

平成 30 年度 喀痰吸引等研修・基本研修受講申込書

記入日 年 月 日

研修会場	医療法人社団 晃進会(あざみの本部)		
施設等関係			
法人名			
サービス種別		施設名	
所在地	〒		
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス	@	◆施設代表メールをご記入ください◆	
施設担当者名		役職	
実地研修関係			
実施場所 ※介護保険施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 同一法人 <input type="checkbox"/> 関連法人		
受講者(専ら介護業務に従事している方) ※同一施設で複数名のお申し込みの場合は氏名欄の()に優先順位をご記入ください			
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名	()	生年月日	昭和 平成 年 月 日生
住民票 所在地	〒		
電話番号 (携帯可)		メールアドレス(携帯可)	@
介護福祉士資格	有 ・ 無	研修の一部 履修免除	有 ・ 無 免除 項目 ・経過措置による口腔吸引 ・基本研修 ・実地研修の一部

※ その他(提出物等)

- ①研修の一部履修免除を証明する修了証等のコピー(受講者募集要項別紙 4 に該当の者)
- ②指導看護師の正看護師免許証のコピー **※指導看護師の変更があった場合は必ず連絡してください**
- ③実地研修に係る確認書
- ④受講決定(結果)送付用封筒 1 通分 【長形 3 号封筒(82 円切手貼付・受講者の住所氏名を記入)】
- ⑤人工呼吸器装着者の研修については別途研修が必要です。

<郵送先> 〒215-0013 川崎市麻生区王禅寺 1105 番地 医療法人社団晃進会
 担当:事務部 福田 電話番号 044-955-8220 FAX番号 044-953-8199

◆当法人記入欄	受付日	受講可否通知	入金日
---------	-----	--------	-----