喀痰吸引等研修　受講申込書

申込日　　年　　月　　日

私は、本研修の受講決定通知書送付後に申込者都合によるキャンセル・辞退をする場合も
授業料を全額負担するすることに同意したうえで、以下のとおり、喀痰吸引等研修に
受講を申し込みます。

ふりがな 氏名		性別 男・女	免除科目 無・有
生年月日	年　月　日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号		ＦＡＸ	
携帯番号		Ｅメール	@
申込コース	令和　年度　第　回コース　（　日開講）	申込研修	第1号研修　第2号研修（　科目） 第3号（　科目）
希望取得行為	□口腔内の喀痰吸引　□鼻腔内の喀痰吸引　□気管カニューレ内部の喀痰吸引 □胃ろう又は腸ろうによる経管栄養　□経鼻経管栄養 □上記、実地研修を貴就業先施設にて行う （一定の条件がありますので追ってご連絡させて頂きます）		
ご希望の受講決定通知書案内方法について □ご自宅へ郵送　□ご自宅へＦＡＸ □勤務先への郵送　□ご勤務先へＦＡＸ			
免許・資格	□介護福祉士 □ヘルパー1級　□ヘルパー2級 □介護職員初任者研修 □介護職員初任者研修受講中 □その他（　）		

申込者勤務先について

□在職中　□離職中　※在職中に□を入れた方は下記項目をご記入ください			
法人名			
種別	□特別養護老人ホーム　□介護老人保健施設　□グループホーム □有料老人ホーム　□障害者（児）施設等・訪問系サービス □その他（　）		
勤務先名			
勤務先住所	〒		
電話番号		ＦＡＸ	

℡052-217-6763　　fax　052-217-6764
担当：鈴木

住所　〒458-0024

名古屋市緑区尾崎山2-111ヴィクトワール尾崎山1F

※上記に必要事項を記入し、郵送又はＦＡＸにてお申込みください。
※免除科目のある方は、その修了証明書の写しも同封してください。

一般社団法人　Smart art