

受付番号 (※事務使用欄)

秋田圏域人材支援事業協同組合
喀痰吸引等研修受講申込書

令和 年 月 日

受講コース

令和 5 年 9 月開講コース

フリガナ			性別	証明写真貼付 40mm×30mm 顔が明確に判別できるもの裏面に氏名記入
氏名	姓	名	男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
フリガナ				
住所	〒 -			
連絡先	電話番号	()	メールアドレス	@
	携帯番号	()		
勤務先情報	施設種別	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 短期入所生活介護 4. グループホーム 5. 有料老人ホーム 6. 障害者(児)施設 7. その他 () ※○印をつけてください。		
	法人名			
	住所			
	電話番号			
実務経験年数	年	か月		
実地研修 予定先情報	施設名			
	指導看護師の有無	<input type="checkbox"/> いる ____名・ <input type="checkbox"/> いない ※指導看護師の研修修了証を添付		
	施設情報 (____年 ____月 ____日現在)	入所者数 ____名 (定員 ____名)		
	喀痰吸引等対象者	口腔内吸引 ____人・経鼻内吸引 ____人・気管カニューレ ____人 胃ろう・腸ろう ____人・経鼻経管栄養 ____人 ※対象者がいない場合は、0とご記入ください。		
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修(訪問介護員養成研修 級)修了 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修修了 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了			
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本・戸籍謄本・住民票 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転免許証(両面) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 () ※顔写真がない書類は2種類添付			

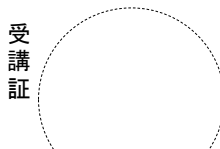
※個人情報の取り扱い：記載内容は「喀痰吸引等研修」以外には使用いたしません。

受付

受付通知

修了証

受講証



受付
