

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

希望受講コース

令和 年 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

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

実地研修予定先情報 □ 申込者就業施設 ・ □ 申込者非就業施設 実務経験年数 年 か月 施設名 指導看護師の有無 □ いる 名 ・ □ 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。 □ 秋田圏域人材支援事業協同組合に実地研修先の紹介を依頼

保有資格 □ 介護福祉士 □ 介護職員初任者研修(訪問介護員養成研修 級)修了 □ 介護福祉士実務者研修修了 □ 介護職員基礎研修修了

本人確認書類 □ 戸籍抄本・戸籍謄本・住民票 □ パスポート □ 運転免許証(両面) □ 健康保険証 □ 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。

受付通知

修了証

受講証

受付