

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
氏 名	姓	名 印	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・事業所名			
	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

受付