令和元年度　社会福祉法人敬愛園　福岡介護福祉専門学校

喀痰吸引等研修申込書

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ① | ふりがな | | | | | 性　別 | 男　・　女 | | | | | | |
| | 氏　名 | ㊞ | | | | | | | | | | | |
| ② | 生年月日<br>年　齢 | 西暦　　年　　月　　日（　　才） | | | | 保有資格 | | | | | | | |
| | | | | | | 介護職歴 | 年　　ヶ月 | | | | | | |
| ③ | 申し込み | 法人申し込み　・　個人申し込み | | | | | | | | | | | |
| ④ | 現住所<br>連絡先 | 住所 | 〒<br>県　　市 | | | | | | | | | | |
| | | TEL | | FAX | | | | | | | | | |
| | | 携帯番号 | | Mail | | | | | | | | | |
| ⑤ | 勤務先種別 | ①特別養護老人ホーム　②介護老人保健施設　③障がい者支援施設<br>④その他（　　） | | | | | | | | | | | |
| ⑥ | 勤務先<br>住所<br>連絡先 | 法人名 | | | | | | | | | | | |
| | | 施設名<br>（事業所名） | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | 〒<br>県　　市 | | | | | | | | | | |
| | | TEL | | FAX | | | | | | | | | |
| | | Mail | | | | | | | | | | | |
| ⑦ | 法人担当者 | 部　署 | | 氏　名 | | | | | | | | | |
| | | TEL | | Mail | | | | | | | | | |
| | | ※この項目⑦は、法人申し込みの方のみ、ご記入ください。 | | | | | | | | | | | |
| ⑧ | 希望日程<br>希望日程に〇を付けてください。 | | １クール | 演習希望日 | | 令和２年２月３日（月） | | | | | | | |
| | | | | | | 令和２年２月５日（水） | | | | | | | |
| | | | ２クール | 演習希望日 | | 令和２年４月２０日（月） | | | | | | | |
| | | | | | | 令和２年４月２２日（水） | | | | | | | |
| ⑨ | テキストの<br>注文 | | 希望する | 使用テキスト<br>介護福祉士　実務者研修テキスト（２，８００円税別）<br>中央法規　一般社団法人全国訪問看護事業協会＝編集<br>※既にお持ちの方、自主購入される方は、希望しないに〇をつけてください。 | | | | | | | | | |
| | | | 希望しない | | | | | | | | | | |
| ⑩ | 実地研修<br>希望 | 有　・　無 | | 注意事項<br>実地研修は、原則として受講者自らが所属する法人の施設又は事業所（以下「実地研修機関」）で実施するものとする。<br>実地研修機関は、登録事業者であること。 | | | | | | | | | |
| ⑪ | 事務処理欄<br>（記入しないでください） | １ | | ２ | | ３ | | ４ | | ５ | | ６ | |

※申し込みは、郵送か、直接本校事務所までお届けください。