

令和5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 通信課程 申込書

①	ふりがな					性別	男 ・ 女				
	氏名	㊞									
②	生年月日 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 連絡先	住所	〒 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 ④その他 ()									
⑥	勤務先 住所 連絡先	法人名									
		施設名 (事業所名)									
		所在地	〒 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	テキストの 注文	希望する	使用テキスト 介護福祉士 実務者研修テキスト第3版 (2,800円税別) 中央法規 一般社団法人全国訪問看護事業協会=編集 ※既にお持ちの方、自主購入される方は、希望しないに ○をつけてください。								
		希望しない									
⑨	実地研修 希望	自施設で実施し、修了証も出すことができる。									
		自施設で実施することができるが、修了証発行は学校に希望する。									
⑩	事務処理欄 (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。