令和４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	有　・　無		注意事項 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。 実地研修機関は、登録事業者であること。

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。