令和６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	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									
		※動画 URL をメールでご希望の方は、アドレスを必ずご記入ください。											
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４版 （３，０８０円税込） 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。