

令和 7 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	⑤											
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 , 0 8 0 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。