

## 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										印	
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)									
		希望しない	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。									
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。