

お申し込みはFAXで

FAX 084-972-2882 深安地区医師会  
令和元年度 喀痰吸引等研修(第1号、第2号研修)受講申込書

(基本研修講義・シミュレーターによる演習・実地研修)

ふりがな 受講者名	印	男 ・ 女
現住所	〒 ー	
電話	( )	
生年月日・年齢	(西暦) 年 月 日 ( ) 歳	
受給者資格 (該当に○)	① 介護福祉士 ② ヘルパー 1級 ・ 2級 ・ 初任者研修修了者 ③ その他の介護職員( )	
所属事業所の承諾	施設名	施設代表者名 印
	所在地: 〒 ー	
	TEL	FAX
施設種別 (1つに○)	① 特別養護老人ホーム      ② 介護老人保健施設 ③ 有料老人ホーム      ④ グループホーム ⑤ 障害者(児)施設等(医療施設を除く) ⑥ 訪問介護事業所      ⑦ 介護医療院 ⑧ その他( )	
当研修において受講希望するカリキュラム (希望コースに○)	①基本研修(講義50時間)+各行為のシミュレーター演習+実地研修	
	②実地研修のみ	
※基本研修+各行為のシミュレーター演習+実地研修全てを受講希望される方を優先するため、 実地研修のみ受講希望の方は、ご希望に沿えない場合があります。		
研修課程の免除該当の有無	有 ・ 無	
「有」の場合は、該当行為における認定特定行為業務従事者認定証の写し及び研修修了証又は受講証明証等の写しを提出		

申込年月日 年 月 日