

ケアサポート長岡 教育センター喀痰吸引等研修（第一号・第二号研修）受講申込書

1、受講を希望する研修種別

	第一号研修
	第二号研修

2、受講者及び所属先の情報

フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日		
受講者氏名		Ⓔ	年齢	歳	性別	男・女
			施設事業所での経験年数		年	か月
受講者住所	〒					
本人連絡先	自宅:			携帯:		
	受講科目免除の有無	有・無	*有りの場合は証明の写しを添付	介護福祉士資格の有無	有・無	
所属施設・事業所	設置主体			サービスの種類		
	名称					
	住所	〒				
	連絡先	TEL				
		FAX				
担当者氏名						

3、科目免除に関わる資格・研修（下記の資格を取得された方は、原本の写しを添付して下さい。）

研修終了状況	有・無	介護福祉士実務者研修①	実務者研修を 通信課程 で受講した方
	有・無	介護福祉士実務者研修② 又は 実地研修のみ (新カリキュラムでの専門学校卒業者 もこちらにチェックしてください)	・実務者研修を 通学課程 で受講した方 (又は通信課程プラス16時間の補講修了者) ・新カリキュラムでの専門学校卒
	有・無	14時間研修	特別養護老人ホームに於ける14時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引等を行っていた方

* ケアサポート長岡教育センター記入欄 整理番号① 整理番号② 受講決定 ・ 不決定

4、お願い

- 返信用封筒（長形3号サイズ「A4サイズ3つ折りが入る封筒」・84円切手を貼付して下さい。）
- 科目免除の方は、修了証書原本の写しを添付して下さい。