

ご記入の上、FAXして下さい。
追って、当日の御案内などを送らせて頂きます。

29年 6月 18日 申込み締め切り

平成29年 7月 1日・2日 介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象）

受講申込書

ふりがな 氏名	印	
生年月日 年齢	昭・平	年 月 日生まれ () 歳
勤務先 連絡先	設置主体名（法人名） 施設名	
	所在地 〒	
	TEL	
(施設種類) 数字に○	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. 障害者福祉施設 5. 認知症グループホーム 6. 訪問介護事業所 7. 小規模多機能事業所 8. 通所介護事業所 9. その他()	
保有資格	1. 介護福祉士 2. ヘルパー 3. その他 ()	
経験年数	年 月	
対象者は決まっていますか。 該当するものに○	決まっている ・ 決まっていない ↓ *決まっている方は下記質問にお答え下さい	
対象者が決まっている方は、どのような障害（疾患）か、差しさわりのない範囲でお書きください		
損害賠償保険（実地研修も保険適用になるもの）に加入していますか。 （実地研修には保険加入が必要となります）	有・無	
損害賠償保険会社名		
経過措置で吸引を実施していますか。 該当するものに○ 吸引を行っている場合には、経過措置の登録証を当日ご持参ください。	有・無	