

第2号喀痰吸引等研修（不特定多数の者対象）受講申込書

ふりがな			性別	男 ・ 女
氏名				
現住所	〒			
	電話	メール		
生年月日	年	月	日	() 歳
現在の勤務先	法人名	事業所名		
	事業所所在地	〒		
	電話	F A X		
施設種別 ※該当に○	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 介護医療院 4. 訪問介護 5. グループホーム 6. 特定施設入居者生活介護 7. その他 ()			
保有資格 ※該当に○	1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. 実務者研修修了者 4. 初任者研修修了者 5. その他 ()			
職歴	介護現場の勤務年数 () 年 () ヶ月			
研修種別 及び受講料	<input type="checkbox"/> 2号研修（基本研修+実地研修） ￥176,000（税込） （実務者研修修了等を書面で証明することができ、実地研修のみを受講する者） <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引の実地研修 ￥11,000（税込） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引の実地研修 ￥22,000（税込） <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養の実地研修 ￥22,000（税込）			

- ① 事前に電話連絡の上、上記に必要事項を記入し、郵送にてお申込みください。
- ② 資格を保有している場合は、その免許証の写しを添付して下さい。（介護福祉士登録証等）
- ③ 免除科目のある場合は、修了証明書等の写しを添付してください。（実務者研修修了証明書等）
- ④ 受講料は、受講日確定後3日以内に下記口座にお振込みください。振込手数料は受講生負担です。
 埼玉りそな銀行 日高支店 普通 3833008 医療法人 積仁会 (イヨウカクジン セキジンカイ)
- ⑤ 追試等がある場合は、別途費用が掛かります。