

社会福祉法人おかざき福祉会 喀痰吸引等研修事業（第2号研修）

受講申込書

申込日 年 月 日

|             |   |                 |   |     |
|-------------|---|-----------------|---|-----|
| ふりがな        |   |                 | 性別  | 男・女 |
| 氏名          | (印)   |                 |   |     |
| ふりがな        |   |                 | 郵送物の宛先<br><input type="checkbox"/> 自宅希望<br><input type="checkbox"/> 勤務先希望 |     |
| 現住所         | 〒   |                 |   |     |
| 連絡先         | 自宅 ( ) ー<br>携帯  |                 |   |     |
| 生年月日        | 昭和・平成・西暦 年 月 日生 (満 歳)   |                 |   |     |
| 勤務先について     | 会社・法人名  |                 |   |     |
|             | 施設等の種別  | (例：特別養護老人ホームなど) |   |     |
|             | 勤務先 住所  | 〒               |   |     |
|             | 連絡先   | TEL             | FAX   |     |
| 保有資格        | (例：介護福祉士など)   |                 |   |     |
| 受講免除科目      | 開催要項の、「8. 免除科目」に該当する場合、該当する番号にチェックをして下さい。<br>(実地研修の受講については、下段で詳細をご回答下さい)<br><input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ |                 |   |     |
| 受講を希望する実地研修 | 受講を希望する実地研修について <input type="checkbox"/> にチェックして下さい。<br><input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養  |                 |   |     |
| テキスト購入について  | テキストは、「介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」（中央法規、税別2,160円）を使用します。<br>購入について、該当する <input type="checkbox"/> にチェックして下さい。<br><input type="checkbox"/> 自己にて購入する <input type="checkbox"/> 当研修機関を經由して購入する  |                 |   |     |

※受講免除科目がある場合、それを証する修了証等の写しを添付して下さい。

※本研修受講申込受付及び研修開催にあたり、社会福祉法人おかざき福祉会は、受講申込者について知り得た情報を受講者決定のための選考以外の目的で使用しません。また、受講申込者及び受講者について知り得た秘密を、研修終了後においても洩らしません。ただし、事故等により関係機関より情報提供を求められた場合等はこの限りではありません。