

## 喀痰吸引等研修(第二号研修)受講申込書

私は医療法人羊蹄会が主催する喀痰吸引等研修(第二号研修)に、受講者募集要項の内容を承諾した上で受講の申し込みをいたします。

平成 年 月 日記入

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 年 月 日 平成	免除の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ 記入のない場合は無
介護資格		介護 経験年数	年 月
住所	〒		
電話①	— —	電話②	— —
決定通知 案内手段	<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送 <input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送	テキスト	<input type="checkbox"/> 事前に自己にて購入 <input type="checkbox"/> 主催者より研修初日に購入
交通手段	<input type="checkbox"/> 公共交通機関等 <input type="checkbox"/> 自家用車	羊蹄会研修 過去の応募	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (    )回

※ 使用テキストは中央法規刊「介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」 2,160円

### 【申込者勤務先】

現在	<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 離職中	在職中の方はすべて記入してください	
法人名			
勤務先名			
住所	〒		
TEL	— —	FAX	— —
勤務先の 利用者状況	たんの吸引等を必要とする利用者の有無 ( 有 ・ 無 )		
	有の場合、対象 利用者数 ・ 口腔内喀痰吸引を必要とする方 (    )名 ・ 鼻腔内喀痰吸引を必要とする方 (    )名 ・ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養を必要とする方 (    )名		

### 【連絡事項等ありましたら記入してください】