

上尾市喀痰吸引等研修受講申込書(1)

令和 年 月 日

<申込者>

所在地	〒 -		
事業所・施設名			
代表者役職 及び 氏名			
電話番号	- -	担当者氏名	
メールアドレス	@		
介護サービス種類		介護事業所番号	
事業所における 認定特定行為等 に関する情報	登録特定行為事業所登録の有無	有 無	
	認定特定行為業務従事者数	人	
	喀痰吸引を必要とする利用者・入居者の人数（おおよそ）	人	
	経管栄養を必要とする利用者・入居者の人数（おおよそ）	人	

<受講希望者>

フリガナ			男 女	写真貼付欄 縦 40mm 横 30mm 申込時写真不要 (受講決定後貼付)
氏名				
生年月日	昭和 平成 西暦 年 月 日 () 歳			
住所	〒 -			
※マンション名や部屋番号は省略しないでください。	(電話番号) - - (携帯電話) - -			
	(メールアドレス) @			
	申込事業所における勤続年月	年 月	他の事業所を含む介護従事者として勤務した年月（任意記入）	年 月
【受講希望 コース】 第一希望のコースに①、第二希望がある場合は第二希望のコースに②をご記入ください。	1. 第一号研修（基本研修及び実地研修）		第一号研修の 実地研修科目 (下の①②③④⑤)	第二号研修の 実地研修科目 (下の①②④)
	2. 第一号研修（実地研修のみ）			
	3. 第二号研修（基本研修及び実地研修）		①口腔内の喀痰吸引 ②鼻腔内の喀痰吸引 ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下） ⑤経鼻経管栄養	
	4. 第二号研修（実地研修のみ）			
	※2・4（実地研修のみ）を希望する場合は、 履修証明書の写しを添付してください。			
保有資格 ☒				
介護福祉士	☐ 第29回2017.1（H29.1）以降国家試験合格者及び2016年度（H28年度）以降介護福祉士養成校を卒業した者 ☐ 介護福祉士（上記以外の者）	医療的ケア修了	☐	基本研修修了者（介護福祉士実務者研修・喀痰吸引等研修修了以外で医療的ケア（基本研修：講義・演習）を修了した者）
喀痰吸引等 研修一部修了	☐ 基本研修（講義・演習）修了者	介護福祉士 実務者研修修了	☐	
その他資格	☐ 介護職員基礎研修修了・介護職員初任者研修・訪問介護員（1～3級）・無資格者他			

裏面につづく

上尾市喀痰吸引等研修受講申込書(2)

本人確認資料及び保有資格確認資料（保有者）を添付してください

＜本人確認資料＞ ☐ 住民票の写し ☐ 在留カード ☐ 健康保険証 ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 国家資格等の免許証又は登録証 ※上記いずれかの資料で住所氏名が確認できる資料の写しを添付してください（複数可）	＜保有資格確認資料＞ ☐ 保有資格証書の写しを添付してください ※添付なしの場合は免除は受けられません
---	---

1. 受講申込書に必要事項を記入して下さい。
2. 受講申込書及び本人確認資料・保有資格証の写しを株式会社ラポールに郵送してください。

※本事業で開催する喀痰吸引等研修に際して提出頂いた個人情報厳正に管理し、本事業以外の目的には使用しません。

※研修実施機関事務局記入欄（以下は記入しないでください）					
受付No	区分	受付日（確認者）		入金日（確認者）	
	上尾市 喀痰吸引等 事業	(西暦) 年 月 日	㊟	(西暦) 年 月 日	㊟
		備考		(西暦) 年 月 日	㊟
				(西暦) 年 月 日	㊟

受講番号		修了番号	
------	--	------	--

〒362-0051 埼玉県上尾市地頭方 4 2 2



株式会社ラポール（介護付有料老人ホームらぼーる上尾）

本部 研修担当
電話 048-780-1065
F A X 048-780-1060
メール school@rapport-ageo.co.jp