

ウェルエナジー 喀痰吸引等研修 受講申込書

申込日： 年 月 日

フリガナ				性別	
氏名	Ⓜ			男・女	
生年月日	昭和・平成	年	月	日	歳
現住所	〒				
連絡先	携帯	—	—	自宅	()
メールアドレス	@				
<small>※携帯・PCどちらか必ず連絡のとれるアドレスを記入して下さい。</small>					
勤務先	法人名 (会社名)			事業所名 (施設名)	
	住所	〒			
保有資格	<input type="checkbox"/> 保有資格なし <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了 <input type="checkbox"/> 介護福祉士				
<small>※該当する資格に○をして下さい。</small>					

■ 実地研修にかかる確認事項 (必ずご記入下さい)

希望コース どちらかに☑	<input type="checkbox"/> 1号研修	実地研修において①口腔内吸引、②鼻腔内吸引、③気管カニューレ内吸引、④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、⑤経鼻経管栄養の5行為全ての修了が必要です。
	<input type="checkbox"/> 2号研修	実地研修において実施予定の行為について、下記にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内吸引、 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
実地研修実施先 どちらかに☑	<input type="checkbox"/> 勤務先又は勤務先の同法人の施設や事業所など ※勤務先が実習機関として県に登録し要件を満たす指導者を配置している必要があります。	
	<input type="checkbox"/> 当社提携施設を希望 ※当社提携施設では、5行為のうち気管カニューレ内吸引を除く行為のみ行います。 ※定員に限りがありますので、申込多数の場合はお待ちいただく場合があります。	

【受講申し込みにあたっての注意事項】

- ・当講座は、先着受付順ではありません。受講申込書を確認の上、実地研修先との調整を行い、安全に行うことが判断できる等の状況を勘案し決定します。
- ・実地研修のみの申し込みは行っておりません。基本研修と実地研修のセット受講となります。
- ・資格をお持ちの方は、資格証の写しを必ず提出して下さい。