

社会福祉法人 九十九里ホーム 喀痰吸引等（第 1・2号）研修受講申込書

令和 年 月 日提出

申込順位 位							
氏名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%;">(カナ)</td> <td style="width: 5%;">男・女</td> <td style="width: 55%;">生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	(カナ)	男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)			
(カナ)	男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)					
本人住所	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%;">〒</td> <td style="width: 5%;">電</td> <td style="width: 55%;">(日中連絡の取れるもの・携帯可) ()</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	〒	電	(日中連絡の取れるもの・携帯可) ()			
〒	電	(日中連絡の取れるもの・携帯可) ()					
所属	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%;">住所</td> <td style="width: 5%;">住</td> <td style="width: 55%;">所</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	住所	住	所			
住所	住	所					
職歴（福祉・医療・保健関連のみ記入）							
年 月							
年 月							
履修免除の希望	<p style="text-align: center;">有 ・ 無 (有の場合は認定証の写しを添付してください)</p>						
利用者の状況	<p>現在の職場で下記の認定行為を必要とする利用者の人数を記載してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引（利用者数： 名）</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引（利用者数： 名）</p> <p><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引（利用者数： 名）</p> <p><input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養（利用者数： 名）</p> <p><input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養（利用者数： 名）</p>						
受講料減額	<p style="text-align: center;">有 ・ 無 (有の場合は認定証修了証の写しを添付してください)</p>						

※ 1 これまでに九十九里ホーム主催の初任者研修・実務者研修を受講されたことのある方は受講料が減額になります。

※ 2 同一事業所で複数名申し込みをする場合は、事業所にて優先順位を記載してください。