

2019年度 介護老人保健施設アルカディア 介護職等による喀痰吸引等研修事業  
(第1号および第2号研修)

**受講申込書**

介護老人保健施設アルカディア  
施設長 棚田 文雄 殿

貴登録研修機関が実施する、「介護職員等による喀痰吸引等研修事業」の受講を希望しますので、自施設の管理者の承諾書と合わせて申し込み致します。

2019年 月 日

|               |                    |  |           |        |
|---------------|--------------------|--|-----------|--------|
| 受講希望者         | フリガナ               |  |           |        |
|               | 氏名                 | ⑩  |           |        |
|               | 生年月日               | 昭和・平成  | 年         | 月 日    |
|               | 住所<br>連絡先          | 〒  | -         |        |
|               |                    | ☎ (自宅・携帯)  | -         | -      |
| 所属事業所         | 名称                 |  |           |        |
|               | 住所                 | 〒  | -         |        |
|               |                    | ☎ :  |           | FAX :  |
|               | 法人名                |  |           |        |
|               | 所属長の氏名             |  |           |        |
| 受講区分          | 希望するコースに○印をつけてください |  |           |        |
|               | 1号研修               |  |           |        |
|               | 2号研修               | □  | 口腔・鼻腔喀痰吸引 | □      |
| □             |                    | 胃ろう・腸ろうによる経管栄養   | □         | 経鼻経管栄養 |
| 2025 ネットワーク会員 |                    | <input type="checkbox"/> 会員である <input type="checkbox"/> 会員ではない |           |        |

**承諾書**

私は、貴登録研修機関が実施する、「介護職員等による喀痰吸引等研修事業」に上記受講者が受講することを承諾し、事業所として受講生への業務配慮を致します。

2019年 月 日

事業所名 :

管理者役職 :

氏名 : ⑩