

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。

平成 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 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	気管カニューレ内部の喀痰吸引	
		胃ろう・腸ろうによる経管栄養	経鼻経管栄養	

※介護福祉士の資格証もしくは介護実務者研修修了書の写しを添付のこと

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。

平成 年 月 日

事業所名：

管理者役職：

氏名： ⑩