

三幸福祉カレッジ 介護職員等による喀痰吸引等研修 申込用紙

お問い合わせ先:三幸福祉カレッジ TEL:0120-294-350(平日8:50~19:30) FAX:052-589-9328

●受講生ご本人様

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		性別				
住所	〒					
電話番号		携帯番号				
メールアドレス		介護実務年数		年	ヶ月	
割引制度	<input type="checkbox"/> お友達紹介割引(在校生・修了生ご紹介者様氏名:) <input type="checkbox"/> ペア割引(同時申込者様氏名:) <input type="checkbox"/> 在校生・修了生割引 <input type="checkbox"/> その他助成金等() <small>※該当するものに☑</small> <small>※本講座は、一般教育訓練給付金の対象講座ではございません。</small>					
お持ちの資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> その他() <small>※該当するもの全てに☑</small>					
一部研修免除規定	<input type="checkbox"/> 一部研修免除を希望する 該当番号【 】※1. 参照 <small>※1. 別紙『募集要項』の「Ⅶ受講申込・1. 免除規定について」の①~⑥のうち、該当の番号を記載してください。</small> <small>※2. 上記に該当する場合は、修了証コピーを本用紙とあわせてご提出ください。</small> <small>※3. 免除規定①・②・④・⑤・⑥-a. のいずれかに該当する方は、基本研修免除の可否を判断するため、手技確認(2日間)を受講していただきます。</small> <small>※該当する場合のみ☑</small>					

●お勤め先

事業所名		ご担当者様	
施設種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <small>※該当するものに☑</small> <input type="checkbox"/> 障害者(児)施設等(医療機関を除く) <input type="checkbox"/> 居宅サービス事業所 <input type="checkbox"/> その他()		
事業所住所	〒		
電話番号		FAX番号	
勤務先利用者入居者様人数	【たんの吸引(口腔内)】 <input type="checkbox"/> 該当者なし <input type="checkbox"/> 1~3人 <input type="checkbox"/> 4~6人 <input type="checkbox"/> 7~9人 <input type="checkbox"/> 10人以上 【たんの吸引(鼻腔内)】 <input type="checkbox"/> 該当者なし <input type="checkbox"/> 1~3人 <input type="checkbox"/> 4~6人 <input type="checkbox"/> 7~9人 <input type="checkbox"/> 10人以上 【たんの吸引(気管カニューレ内部)】 <input type="checkbox"/> 該当者なし <input type="checkbox"/> 1~3人 <input type="checkbox"/> 4~6人 <input type="checkbox"/> 7~9人 <input type="checkbox"/> 10人以上 【経管栄養(胃ろう・腸ろう)】 <input type="checkbox"/> 該当者なし <input type="checkbox"/> 1~3人 <input type="checkbox"/> 4~6人 <input type="checkbox"/> 7~9人 <input type="checkbox"/> 10人以上 【経鼻経管栄養】 <input type="checkbox"/> 該当者なし <input type="checkbox"/> 1~3人 <input type="checkbox"/> 4~6人 <input type="checkbox"/> 7~9人 <input type="checkbox"/> 10人以上		

●お振込・資料について

受講料振込	<input type="checkbox"/> 法人様よりお振込 <input type="checkbox"/> 請求書送付を希望(必要の際はチェックしてください) <input type="checkbox"/> 受講生ご本人様からお振込		
教材送付先	<input type="checkbox"/> 法人様宛 <input type="checkbox"/> 受講生ご本人様宛	修了証送付先	<input type="checkbox"/> 法人様宛 <input type="checkbox"/> 受講生ご本人様宛

基本研修・手技確認・実地研修について

□基本研修(講義・演習)	受講料	教室	月生・クラス	開講日
	100,000円(税別・テキスト代込)	教室	月生 クラス	月 日開講
□手技確認 <small>免除規定①・②・④・⑤・⑥-a.のいずれかに該当する方</small>	受講料	教室	申込月生・クラス	開講日
	32,160円(税別・テキスト代込)	教室	月生 クラス	月 日開講
実地研修	<input type="checkbox"/> 実地研修先を就労先施設等で実施する <small>※以下の書類の提出が必要です。</small> ①実地研修委託契約書 ②実地研修実施機関承諾書 ③医師の指示書 ④利用者様またはそのご家族の同意書 ⑤指導看護師に関する調書 ⑥看護師資格証のコピー ⑦指導者講習を修了した講習の修了証書のコピー <small>提出書類については後日当校より詳細をご連絡します。</small>			実地研修受講料 1科目につき9,000円(税別)
	<input type="checkbox"/> 実地研修先を当校の紹介で希望する <small>※実地研修先は当校が決定いたします。</small>			実地研修受講料 1科目につき24,000円(税別)
実地研修で受講する科目をお選びください	<input type="checkbox"/> たんの吸引(口腔内) <input type="checkbox"/> たんの吸引(鼻腔内) <input type="checkbox"/> たんの吸引(気管カニューレ内部) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <small>※該当箇所は全て☑</small>			
裏面の注意事項を必ずご確認ください、必要事項のご記入をお願いします。	<small>【個人情報の保護について】</small> <small>お客様のご登録頂きました個人情報につきましては、当社事業に関するサービスと情報の提供以外の目的には利用致しません。その旨を同意頂いた上で入力をお願いいたします。詳細な個人情報保護方針については下記をご参照ください。</small> <small>プライバシーポリシー: http://www.nk-create.co.jp/privacy/</small>			

事務局記入欄	【申込書到着日】 /	【割引有無】有(名称:) / 無	【受講料(税込)】	【備考】	【担当者】
--------	------------	-------------------	-----------	------	-------