

# 三幸福祉カレッジ 介護職員等による嗜痰吸引等研修 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8:50~18:00) 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(実務者研修修了者等) <small>※1. 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>※該当する場合のみ☑</small>					

## ●お勤め先

法人名		事業所名	
ご担当者様		メールアドレス	
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 <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( ) <small>※該当するものに☑</small>		
事業所住所	〒		
電話番号		FAX番号	

## ●実地研修予定先(上記お勤め先と同様の方は右記にチェックし下記記載不要 ☐)

法人名		事業所名	
ご担当者様		メールアドレス	
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 <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( ) <small>※該当するものに☑</small>		
事業所住所	〒		
電話番号		FAX番号	

## ●お振込・資材について

受講料振込	<input type="checkbox"/> 法人様よりお振込【 <input type="checkbox"/> 請求書発行希望(お受け取り方法⇒ <input type="checkbox"/> メール※メールアドレス必須 <input type="checkbox"/> 郵送) <input type="checkbox"/> 領収書発行希望】 <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・実地研修について ※受講希望科目の☐に✓してください

<input type="checkbox"/> 基本研修(講義・演習)	受講料	教室	月生・クラス	開講日
	110,000円(税込・教材費込)	富山駅前教室	9月生 A クラス	9月1日開講
<input type="checkbox"/> 実地研修	<input type="checkbox"/> 実地研修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実地研修実施機関承諾書 ②医師の指示書 ③利用者様またはそのご家族の同意書 ④指導看護師に関する調書 ⑤看護師資格証のコピー ⑥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9,900円(税込)
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 ※該当箇所は全て☑			
<input checked="" type="checkbox"/> 事務手数料	5,500円(税込) ※基本研修から受講の方・実地研修のみ受講の方 全員対象です			

●お申込みに関する特記事項 ご注意ください。  
 【受講料・受講期間について】  
 ・講座ごとの受講料については、表面や募集要項にてご確認ください。  
 ・受講期間は通学開始日から1年間です。  
 【教材等のお届けについて】  
 ・通学日の1週間前に受講確認書類を発送します。教材は教室でのお渡しになります。  
 【お支払いについて】  
 ・お支払い方法は、一括での現金振込のみとなります。クレジットカード等のお支払いは出来ませんので予めご了承ください。  
 ・振込は請求書記載の期日までにお支払いください。  
 【お申し込み後のキャンセルについて】  
 ・万一受講が難しくなった場合は、事務局へご連絡をお願いいたします。フリーコール0120-294-350(平日8:50~18:00)  
 【個人情報の保護について】  
 お客様のご登録いただきました個人情報につきましては、個人情報保護方針に基づき適切に運用致します。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。  
 プライバシーポリシー: <https://www.nk-create.co.jp/privacy/>

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】
--------	------------	-------------------	-----------	------	-------