

## 受講申込書

申込日 平成 年 月 日

FAX 0859-33-4701

ふりがな 氏名	性別	生年月日 昭和・平成 年 月 日	資格(例介護福祉士など)
自宅住所 〒		介護職経験年数 年	
TEL ( ) FAX ( )	受講票等の宛先(☑チェックを記入) <input type="checkbox"/> 自宅へ郵送希望 <input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送希望		
日中の連絡先(☑を記入) <input type="checkbox"/> 携帯電話(番号 ) <input type="checkbox"/> 勤務先			
地研修先 <input type="checkbox"/> 自身の勤務先 <input type="checkbox"/> 自身勤務先の同一法人内事業所 <input type="checkbox"/> その他実地研修実施承諾機関 <input type="checkbox"/> 株式会社ライブアシスト			
実地研修を自身の勤務先、自身の法人内事業所、その他の実地研修承諾機関で受講生が用意する場合 <input type="checkbox"/> 介護職員等による痰の吸引等の実施の為の指導者講習研修を履修を履修した医療従事者が就業していますか? <input type="checkbox"/> 就業先に実務経験5年以上の正看護師が就業していますか? ※ どちらかへのチェック必要となります。			
実地研修希望科目 <input type="checkbox"/> 口腔内の吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養			

## 【申込者勤務先について】

法人名	
施設種別	
勤務先名	
勤務先住所	
連絡先	TEL _____ FAX _____(郵送先が勤務先の方はこちらへ送付します) E-mail _____ 事務担当者様お名前(ご本人の代わりに連絡が取れる方) _____
勤務先の長の承諾	本申込者は、受講にふさわしい者と認めます。 事業所名 _____ 代表者名 _____ (印)