

医療生協やまがた 介護職員等による喀痰吸引等研修事業

(不特定多数の者を対象とする研修)

年 月 日

受講申込書

医療生活協同組合やまがた
理事長 小川 裕 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、住民票及び受講料を添えて申し込み致します。

受講希望者	フリガナ			
	氏名	印		
	生年月日	昭和 平成	年	月 日
	住所	〒 (-)		
	連絡先	電話(自宅・携帯)	-	-
所属事業所	名称			
	住所	〒 (-)		
	経営主体の名称			
	所属長の氏名	印		
受講区分	希望コースに○印をつけて下さい			
	1号研修			
	2号研修	口腔・鼻腔からの喀痰吸引	気管カニューレ内部の喀痰吸引	
胃瘻・腸瘻による経管栄養		鼻腔による経管栄養		

* 介護福祉士の場合は資格証の写しを添付のこと

誓約書

私は、本研修にて知り得た個人情報等に関し、正当な理由なく第三者に漏洩致しません。
この守秘義務は、本研修終了後も継続するものとします。

年 月 日

受講者氏名 _____ 印 _____