

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。

受講希望者	フリガナ			
	氏名			
	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			
受講区分	希望の区分に○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
受講コース	希望のコースに○印をつけて下さい			
		基本講習コース(講義・筆記試験・演習・実地研修)		
		実地研修限定コース		

\* 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いたしません。  
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