

医療生活協同組合やまがた 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	2号研修	口腔・鼻腔からの喀痰吸引		
		胃瘻・腸瘻による経管栄養		
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)140,000円		
		実地研修限定コース55,000円(必要な方は以下にも○を付けて下さい)		
		テキスト購入2,420円	演習(復習)20,000円	

* 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