

講座受講申込書

記入日：平成 年 月 日

受講講座日時	喀痰吸引等研修3号研修(特定の者) 平成28年1月31日(日)・2月6日(土)				
ふりがな		生年月日	(昭和・平成)	年齢	歳
受講者名			年 月 日		
電話番号	自宅 個人携帯				
自宅住所	〒				
勤務先					
勤務先電話番号	() -				
勤務先住所	〒				
申込み関係書類の送付先・連絡先の希望は <input type="checkbox"/> 自宅へ <input type="checkbox"/> 勤務先へ ※いずれかに☑して下さい。					
受講内容確認が必要な場合の日中の電話連絡先は <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 個人携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※いずれかに☑して下さい。					
駐車場利用希望(有料:1日500円) 【 有 ・ 無 】					
勤務先は受講することを 【 知っていない ・ 知っている 】					

受講確認

※以下の内容にも記入して下さい。

予定 指導看護師	指導看護師が勤務先に 【 いる ・ いない 】				
	指導者養成研修(特定の者対象)を 【 修了している ・ 修了していない 】				
対象利用者様	対象利用者様は 【 いる ・ いない 】	人数	名		
予定している 特定行為	<input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう(腸ろう)経管栄養 <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 <input type="checkbox"/> 滴下型 ・ <input type="checkbox"/> 半固形				
当てはまる項目に☑をして下さい。	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部吸引 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 人工呼吸器が 【 <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない 】 口鼻マスク又は鼻マスクが 【 <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない 】				

◆太枠内にもれなくご記入の上、郵送もしくはFAX送信にてお申込み下さい。

◆ FAXでのお申し込みは (24時間受付) 082-247-7330	◆ 講座内容のお問い合わせは・・・ TEL: 082-247-7333 平日(土日祝を除く)午前9時~午後6時まで
一般社団法人 福祉キャリアセンター 〒730-0822 広島市中区吉島東1丁目22-2	【ホームページ】 http://www.fukushicareer.jp

【個人情報の取扱いについて】ご記入いただきました個人情報については、法令に従い安全且つ適正に管理し、受講の登録手続き及びご本人への連絡、今後開催する講座、講演会のご案内のみに使用させていただきます。

弊社記入欄

受付日 /	受付担当者	名簿入力	確認書	備考
----------	-------	------	-----	----