

様式①

平成30年度 医療法人社団 青藍会 たんの吸引等研修  
第1・2号研修（不特定多数の者対象）

【 受 講 申 込 書 】

青藍会 たん吸引等研修センター 様

青藍会で実施される「たんの吸引等研修」に、次のとおり受講を申し込みます。  
尚、研修に関する受講要件適合を確認いたしました。

項 目	記入欄	
希望研修	<input type="checkbox"/> 第一回 ・ <input type="checkbox"/> 第二回 ※希望の研修にレを付けてください	
受講研修 選択研修の□にレ を付けてください	<input type="checkbox"/> 第1号研修 <input type="checkbox"/> 第2号研修：右記〔 〕より 選択科目を○で囲んでください	吸引：口腔内・鼻腔内・気管カニューレ 経管栄養（通常）：胃ろうまたは腸ろう・経鼻経管 経管栄養（半固形）：胃ろうまたは腸ろう
ふりがな		
氏 名		（ 男 ・ 女 ）
生年月日	（ 昭和 ・ 平成 ） 年 月 日生	（ 歳 ）
自宅住所	（ 〒 - ）	
連絡先	TEL ① - - ② - - 注：筆記試験の合否など、研修に関連した緊急連絡等に使用しますので、 必ず個人に連絡が取れる番号を記載してください。	
勤務先名		
勤務先住所	（ 〒 - ）	
勤務先 TEL/FAX	TEL : - - (内線 ) FAX : - -	
有 資 格	介護福祉士・介護職員初任者研修修了・その他（ ）	
受講決定通知等 郵便物の送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	
管理者確認欄 ※推薦確認	当該受講者について「受講資格①～④」の確認結果により推薦される場合 下記に <u>自筆</u> で署名の上、押印願います。 職名： 氏名： ⑤	
駐車場の利用	<input type="checkbox"/> 駐車場の利用を希望します <input type="checkbox"/> 駐車場は利用しません ※やむを得ない場合のみ、利用許可となります。	

※ 内容確認のため、勤務先に連絡する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

【添付書類】

- 1) 受講者調書（様式②）
- 2) 実地研修先確認書（様式③）
- 3) 実地研修機関承諾書（様式④）
- 4) 基本研修免除申請及び実地研修受講申込書（様式⑤）