

喀痰吸引等研修受講申込書(1)

昭和 平成 令和 西暦 年 月 日

写真貼付欄
縦 40mm
横 30mm

- 顔が明確に識別できるもの
- 写真裏面に指名を記入してください

フリガナ			男		
氏名			女		
生年月日	昭和 平成 令和 西暦 年 月 日 () 歳				
自宅 ※住所は省略しないでください	〒				
	(電話番号)	- -	(携帯電話) - -		
	(メール)	@			
勤務先	〒		法人名・事業者名		
	(電話番号)	- -	(F A X) - -		
	(メール)	@			
受講コース 該当項目に☑	<input type="checkbox"/> 第1号研修 (右5行為すべて)	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引			
	<input type="checkbox"/> 第2号研修 (右1~4行為まで)	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引			
	<input type="checkbox"/> 実地研修のみ (基本研修免除者)	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引			
		<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (滴下)			
	<input type="checkbox"/> オプション	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養			
		<input type="checkbox"/> 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着者)			
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (半固形栄養剤)					
研修課程の一部免除該当の有無	有 無	※履修が証明できるものの写しを添付してください			
保有資格保有資格に☑	保有資格要件		基本研修	実地研修	
	受講=○ 免除=× 一部受講・一部免除=△		講義	演習	
介護福祉士	第29回2017.1 (H29.1) 国家試験合格者及び2016年度 (H28年度) 介護福祉士養成校を卒業した者		×	×	○
	介護福祉士①以外の者		○	○	○
介護福祉士実務者研修修了	医療的ケア (50時間) を全て通信課程で修了した者		△	×	○
	医療的ケア (50時間) のうち科目7の喀痰吸引実施手順解説及び科目9の経管栄養実施手順解説をスクーリングで修了した者		×	×	○
喀痰吸引等研修修了	基本研修修了者 (第1号・第2号研修)		×	×	○
	実地研修修了者 (第1号・第2号研修)		×	△	○
医療的ケア修了	基本研修修了者 (介護福祉士実務者研修・喀痰吸引等研修修了以外で医療的ケア (基本研修) を修了した者)		履修形態により△	履修形態により△	○
14時間研修修了	特別養護老人ホームに於ける14時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引等をおこなっていた者		○	△	△
上記以外の保有資格	介護職員基礎研修修了者・介護職員初任者研修修了者・訪問介護員 (1~3級) 修了者・無資格者他		○	○	○
受講料納付	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 2回払い <input type="checkbox"/> 3回払い				
	分割払い希望者には受講決定通知書にて各回のお支払額をお知らせ致します				

喀痰吸引等研修受講申込書(2)

本人確認書類及び受講料振込明細を必ず貼付願います
 受講料は受講決定通知後にお振込願います

<p><本人確認資料></p> <p><input type="checkbox"/> 住民票</p> <p><input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード</p> <p><input type="checkbox"/> 個人番号カード</p> <p><input type="checkbox"/> 在留カード</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険証</p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証</p> <p><input type="checkbox"/> パスポート</p> <p><input type="checkbox"/> 国家資格等の免許証又は登録証</p> <p>上記いずれかのコピーを貼付</p> <p><所有資格確認資料></p> <p><input type="checkbox"/> 所有資格証書のコピー</p> <p>※添付なしの場合は免除は受けられません</p>	<p>受講料振込時の領収証又は、ご利用明細書の コピーを貼付してください</p> <p><受講料振込先></p> <p>金融機関 群馬銀行 上尾支店</p> <p>口座番号 普通預金 0136226</p> <p>口座名義 株式会社ラポール</p> <p>※振込手数料はご負担下さい</p> <p>※振込依頼書をもって領収書に代えさせて 頂きます。領収書の再発行は出来かね ますので、予めご了承ください。</p>
---	---

1. 受講申込書に必要事項を記入して下さい。
 2. 受講申込書を株式会社ラポールにF a x・郵送又は持参して下さい。またホームページからも申込できます。
 (Fax及びホームページからの申し込みの場合、写真は後日持参してください)。
 3. 書類審査後、受講者を決定および受講可否の通知します。
 4. 受講決定者は指定日までに受講料をお振込み下さい。振込完了後、受付完了となります。
- ※当法人で開催する喀痰吸引等研修に際して提出頂いた個人情報厳正に管理し、本研修以外の目的には使用しません。

※事務局記入欄 (以下は記入しないでください。)						
受付No	区分	受付日 (確認者)			入金日 (確認者)	
	<input type="checkbox"/> 一般	(西暦) 年 月 日			(西暦) 年 月 日	印
	<input type="checkbox"/> 職員	受講判定			(西暦) 年 月 日	印
	<input type="checkbox"/> 紹介					
	<input type="checkbox"/> 学生	可 不可			(西暦) 年 月 日	印

受講番号		修了番号	
------	--	------	--

〒362-0051 埼玉県上尾市地頭方422



株式会社ラポール (介護付有料老人ホームらぼーる上尾)

事業本部 研修担当
 電話 048-780-1065
 F a x 048-780-1060
 メール school@rapport-ageo.co.jp