

第3号実地研修申込書

送付日 年 月 日

ふりがな(必須) 受講者氏名 <small>修了証に載せる氏名と 生年月日です!必ず 住民票と同じものを!!</small>	-----		年齢()歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			生年月日 S・H	年 月 日
受講者連絡先	住所	〒		
	携帯電話			
勤務先事業所	事業所名			TEL
	所在地	〒		FAX
本研修の担当者	<input type="checkbox"/> 受講者本人 <input type="checkbox"/> 事業所→担当者名()			
研修費請求宛先	<input type="checkbox"/> 受講者本人 <input type="checkbox"/> 上記勤務先事業所 <input type="checkbox"/> それ以外→(請求先)			
受講確認書兼請求書の送付先	<input type="checkbox"/> メール添付を希望(メールで申込された方は記載不要 それ以外の場合記載) (@) <input type="checkbox"/> FAX送付を希望→ <input type="checkbox"/> 事業所FAX <input type="checkbox"/> それ以外(FAX番号) <input type="checkbox"/> 郵送を希望(別途手数料110円を頂戴します。)			
保有資格 全てに☑を	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了 <input type="checkbox"/> 初任者研修修了 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護研修修了 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ヘルパー__級) <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 児童指導員 <input type="checkbox"/> その他()			
経験の有無 おおよそで結構です	たん吸引経験 → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1~9回 <input type="checkbox"/> 10~49回 <input type="checkbox"/> 50回以上 経管栄養経験 → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1~9回 <input type="checkbox"/> 10~49回 <input type="checkbox"/> 50回以上			
実地研修指導者	<input type="checkbox"/> 実地研修の指導は下記の方に依頼し承諾を得ています →指導者承諾書が必要 事業所名_____ 指導料: <input type="checkbox"/> 8000円 <input type="checkbox"/> 5000円 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> くりはら介護塾で実地研修をお願いします →指導者承諾書は不要 事前確認願います			
ケアする特定の利用者の情報 <small>※利用者も住民票と同じ氏名を記載。修了証に名前が入ります。</small>	氏名_____ 年齢_____歳(男・女) <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 施設 住所_____ 電話_____ 医療機関名_____ 主な病名_____ 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→事業所名_____			
賠償責任保険	<input type="checkbox"/> 賠償責任保険に加入します(590円) <input type="checkbox"/> 賠償責任保険は不要です			
実地研修を行うケア項目	<input type="checkbox"/> 口腔内の吸引(マスク式人工呼吸器 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> 鼻腔内の吸引(マスク式人工呼吸器 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内吸引(人工呼吸器 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろうによる経管栄養(<input type="checkbox"/> 滴下・ <input type="checkbox"/> 半固形・ <input type="checkbox"/> 両方) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養			

◆申込方法◆ 事前の予約は不要です。すべての書類が揃ってからお申し込みをお願いします!

- ①本申込書 ②3号基本研修修了証または3号認定証
 ③利用者同意書 ④主治医指示書 ⑤指導者承諾書(介護塾で指導の場合不要)

①~⑤を下記のいずれかの方法でお送りください

◎メール添付で送付

kurihara123gou@gmail.com

◎ファックスで送付

FAX 番号
022-765-0977

◎LINE 写メで送付

080-2566-8173



くりはら介護塾宛

