

**平成 30 年度第 1 回介護職員等によるたんの吸引等実施のための
第 1・2 号研修（不特定多数の者対象）
【 受 講 申 込 書 】**

和光会キャリアカレッジ 御中

和光会キャリアカレッジで実施される「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修」に、次のとおり受講を申し込みます。なお、研修に関する受講適合確認を行いました。

項 目	記 入 欄
受 講 研 修	① ・第 1 号研修 ・第 2 号研修 （どちらかに○を付けてください） ② 実 地 研 修（和光会施設での研修を希望する場合のみ） ※和光会施設での実地研修は第 2 号研修のみとなります。 ③ 研修一部履修免除者 ※別途ご連絡いたします。
ふりがな 氏 名	(男 ・ 女)
生 年 月 日（年 齢）	(昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
自 宅 住 所	〒 _____ (県) _____ (市・町・村)
連 絡 先	(電話) _____ ※携帯可 <small>※無断で欠席の場合や、筆記試験の可否、研修の開催に関連した緊急連絡等に使用しますので、個人に連絡がとれる番号を記載してください。</small>
勤 務 先 名	
勤 務 先 住 所	〒 _____ (県) _____ (市・町・村)
勤 務 先 電 話 & F A X	(電話) _____ (F A X) _____
有 資 格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修等修了 介護福祉士等実務者研修修了(<input type="checkbox"/> ①・ <input type="checkbox"/> ②) <input type="checkbox"/> 経過処置 <small>注 1：ヘルパー2 級・基礎研修修了者は、介護職員初任者研修修了に○を記載 注 2：資格のない方は、未記入としてください。 注 3：実務者研修については研修要綱(別表 1)を参照して①②どちらかに○を記載</small>
受 講 決 定 通 知 書 等 郵 便 物 の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 自宅 ※受講決定通知は、このチェック先に郵送いたします。 <input type="checkbox"/> 勤務先

*内容確認のため、勤務先に連絡をすることがありますので、あらかじめご了承ください。

【添付書類】 実地研修を和光会施設以外で実施する場合必須となります。

- (1) 実地研修先確認書（様式②）
- (2) 実地研修実施機関承諾書（様式③） *様式③は、実地研修施設が記載してください。

必要事項を記入し、「添付書類」が必要な場合は必ず添えて、和光会キャリアカレッジまで提出してください。