様式1-1-2

**ひとてま介護塾　介護職員等医療的ケア第1・2号研修（不特定の者対象）**

**「基本研修補講」「認定項目追加プログラムA/B」受講申込書**

　提出日　西暦　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | ふりがな | 　　　　　　　　　　　　　 | 生　年　月　日 |
| 受講者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男・女　） | S　・　Ｈ　　　年　　　月　　　日　（　　　　）歳 |
| 保有資格 | （※医療・教育・福祉系の資格を記入） |
| 受講者連絡先 | 自宅住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メール | フリガナ |
| 2 | 現在の勤務先 | 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メール | フリガナ |
| 3 | 希望の連絡方法いずれか１つに〇印 | （受講日時調整の連絡および受講確認書兼請求書の送付先）　・受講者のメール　　・受講者のFAX　　・事業所のメール　　・事業所のFAX　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 | 受講希望研修 | □基本研修補講　　□項目追加A（人工呼吸器）　　□項目追加B（胃ろう・半固形） |
| 5 | 受講希望日第3希望までご記入ください | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |
| 　　　　　月　　　日（　　　） | 　　　　　月　　　日（　　　） | 　　　　　月　　　日（　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 6 | **事業所記載欄**上記の者を「介護職員等医療的ケア第1・2号研修（不特定の者対象）補講・認定項目追加プログラムA/B」の受講者として、申込いたします。ひとてま介護塾　代表　板垣　園子　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修機関記載欄 | 受講者管理NO. | 書類受理日： | 受講確認送付日： |
| 入金日： |  | 基本研修終了日： |
| 基本研修（項目追加）修了証番号： | 修了証発送日： |