様式1-1-1

**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(50時間全過程)」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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 5 | **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」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： | 筆記試験結果： | 基本研修終了日： |
| 基本研修修了証番号： | | 修了証発送日： |