

受講申込者調書

（ 年 月 日 現在）

受講申込者	住 所:〒		
	フリガナ 氏 名		
生年月日・年齢	西暦 年 月 日生 () 歳		
現在の勤務先	法人名:	施設(事業所)名:	
	所在地:〒		
	TEL:	FAX:	
現在の勤務先 (施設等種別) 該当するものに○	1. 障害者(児)支援施設 6. 障害児通所支援事業所 2. 障害福祉サービス事業所等 7. 障害児入所施設 3. グループホーム 8. 特別支援学校 4. 居宅介護 9. 介護老人保健施設 10. 介護老人福祉施設 5. 訪問介護事業所 11. 介護サービス事業所 12. その他		
保有資格 該当するもの全てに○	1. 介護福祉士 2. ホームヘルパー 3. 保育士 4. 生活支援員 5. 教員 6. 児童支援員 7. その他(具体的に) 8. 実務者研修受講済		
職 歴	a. 福祉職場の勤続年数 () 年 () か月 b. 現在の勤務先における勤続年数 () 年 () か月		
経 験 あり・なしの いずれかに○	喀 痰 吸 引	口腔内のたんの吸引	経験あり ・ なし
		鼻腔内のたんの吸引	経験あり ・ なし
		気管カニューレ内部のたんの吸引	経験あり ・ なし
	経 管 栄 養	胃ろう(腸ろう)からの経管栄養	経験あり ・ なし
		経鼻経管栄養	経験あり ・ なし

※ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用させていただきます。