

申込日 令和 年 月 日

受講申請書

※受付番号

7

※欄は記入しないこと

FAX
0742-35-2707

※受付印

講習名

喀痰吸引研修 第1号研修・第2号研修

以下の太線枠をご記入のうえ FAX 願います

受講者氏名	フリガナ	推薦者（所属長）
申込コース (☐ をつけてください)	☐ 基本研修 + 実地研修コース / 初めて喀痰吸引研修を受講する方	
	☐ 科目免除コース (3・6日目と演習を受講) / 以前、基本研修を修了した方で学びなおしたい方	
	☐ 実地研修のみコース / 修了期限を超えた方、随時受付します	
テキスト購入 (該当に○印)	有 ・ 無 「介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」 2021.9月発行 / 中央法規出版(株)	
法人名		事業所名
住所 (発送先)	注) 受講料請求書兼振込票発送先をご記入ください。 〒	
TEL/FAX /e-mail	TEL () / FAX () e-mail @	
入金確認及び受講通知書 FAX 送信先 (希望先に○印) ➡ 勤務先 担当者 () 様宛 ・ 自宅		
受講申込時 確認事項 (☐ をつけてください)	☐ ① 介護老人保健施設 (地域密着型を含む)、介護保健施設、認知症対応型共同介護事業所、訪問介護事業所、障害者 (児) 施設等 (医療施設を除く) 等に勤務している介護職員等で研修の全過程を確実に受講でき、演習の手順を覚えられる方 ☐ ② 所属の長が推薦する方 ☐ ③ 勤務する事業所に医療行為を行う対象者がいる方 (原則) ☐ ④ 勤務する事業所に指導看護師がおり、実地研修の指導ができる方 (原則) ☐ ⑤ 勤務する事業者が登録特定行為事業者として登録申請しているか、おこなう予定であること	
最後に、表面に記載しております助成金についてお伺いします。 (該当に○印) ➡ 活用する予定 ・ 活用しない ・ 未定		

【手順1】受講を申し込む

ホームページからもしくは受講申込書の項目全てご記入(入力)の上、メールまたは FAX 等でお申込みください。

FAX の場合は、右記番号あてに本状を FAX してください。(FAX 0742-35-2707)

【手順2】「請求書(振込票付き)」を郵送でお送りいたします。

※注) 開催日の2週間前までに請求書が届かない場合は、必ずご連絡ください。

【手順3】「受講料を振込む」請求書に記載の支払期日までに、受講料をお振込みください。お振込をもって受講申込完了となります。

※注) ①振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。②振込票の控えをもって領収書に代えさせていただきます。③『受講申込書』による申込だけでは受付完了とはなりません。また、お振込後、受講をキャンセルされる場合は、必ず事前にご連絡ください。なお、お申込者様の都合によるキャンセルの場合は、振込手数料を差し引いてのご返金となります。④お振込みいただいた受講料は、開催決定(令和7年11月6日)以降は、原則として返金致しませんので予めご了承ください。※当センターの都合で開催を中止する場合は、電話等でご本人にご連絡の上、お振込み金額を返金いたします。(この場合の振込手数料は当センターが負担します)

◎ご記入いただいた個人情報は、当講座の開催に必要な範囲で使用するほか、当センターの事業のご案内に使用させていただきます。ご提供いただいた個人情報は、当センターの規程に基づき厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

お申込・問合せ

公益財団法人介護労働安定センター奈良支部

担当者 鈴木・烏谷

〒630-8115 奈良市大宮町4丁目266-1 三和大宮ビル2F

TEL 0742-35-2701/FAX 0742-35-2707