

令和3年度 IMSグループ喀痰吸引等研修 受講申込書

記載日: 年 月 日

法人名・施設名	
サービス種別	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	昭和・平成	年 月 日 (歳)	※令和3年4月1日時点で算出してください
経験年数		年	職位
自宅住所	〒		
自宅電話		携帯電話	
E-mail	※必ず連絡が取れる電話番号・アドレスを記載ください		

受講区分 (いずれかに○をつけてください)		基本研修から受講
		実地研修のみ受講 【手技確認の演習(7月3・4日)に参加する。】
		実地研修のみ受講 【手技確認の演習(7月3・4日)に参加しない。】

注: 医療的ケア基本研修修了者につきましては、最終2日間(7月3・4日)に手技等の確認の演習がございます。尚、参加は任意といたしますので、参加される場合は上記の該当する場所に○を付けてください

施設長または所属長の推薦理由	
----------------	--

テキスト購入 (どちらかに○をつけてください)		事務局より購入する (受講料と併せて納入いただきます)
		自分で購入し、持参する

テキスト: 「改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」 1,980円(税込)※中央法規出版のものでございます

注: 医療的ケア基本研修修了者で最終2日間の演習に参加される場合は、医療的ケアのテキストをご持参ください。介護福祉士実務者研修の“医療ケア”と同じ内容になりますため、改めて購入する必要はございません。

【個人情報の取り扱いについて】

- ◆記載された情報は、本講習会の運営・管理・認定などにも使用いたします。
- ◆施設名・氏名を記載した受講者一覧表を各受講生に配布いたします。
また、当日は施設名・氏名を記載した名札をお渡しいたしますので、講習会中は名札の着用をお願いいたします。
- ◆講習会中に写真を撮らせていただく場合がございます。
撮影しました写真は、IMSグループ職員向け広報誌掲載・職員向けサイト掲載及びIMSグループ外の人材募集による採用活動にて使用いたします。ご了承いただけない場合、予めお申し出ください。