**平成２９年度**

**喀痰吸引等（不特定多数の者対象）第1号第2号研修**

**受　講　申　込　書**

**一般社団法人　福知山民間社会福祉施設連絡協議会**

**介護・福祉人材養成センター**

**申し込み日（　　　　年　　月　　日）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先（必ず連絡のつく電話番号及びＦＡＸ番号を明記のこと） | 法人名 | ・証明写真添付・裏面に氏名を記載のこと |
| 事業所名 |
| 所在地　（〒 － ）TEL　　　　　　　　　FAX | ・3か月以内に撮影・脱帽のこと |
| ふりがな受講者氏名 |  | 職種 |
| 　　　　 |
| 生年月日・年齢 | （西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日生（　　　　）歳 |
| 推薦者（推薦理由） | 役職（　　　　　　　　　　　）氏名（　　　　　　　　　　　　　㊞　　）理由： |
| 現在の勤務先の種別（該当するものに○） | １．特別養護老人ホーム　２．介護老人保健施設　３．有料老人ホーム　４．認知症対応型グループホーム　５．障害者（児）福祉施設　６．訪問介護事業所７．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保有資格（該当するものに全て○） | １．介護福祉士　２．実務者研修（医療的ケア除く）修了　３．初任者研修修了４．ホームヘルパー１級修了　５．ホームヘルパー２級修了　６．社会福祉士　７．介護支援専門員　８．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 職　歴 | １．福祉職場の勤続年数　　　　　　　（　　　　）年（　　　　）か月 |
| ２．現在の勤務先における勤続年数　　（　　　　）年（　　　　）か月 |
| 履修免除（該当するものに○） | 有　・　無　　【有の場合、履修免除を証明する修了証などを同封のこと】 |
| 免除内容　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※　受講者の氏名、生年月日は研修修了時に発行する修了証明書に記載しますので、正確にご記入ください。