

介護職員によるたん吸引等研修 申込書

私は以下の個人情報使用目的に同意の上、介護職員によるたん吸引等研修の受講を申し込みます。
* 次の項目についてもれなくご記入（又は該当するものに○をつけて）ください。

申込日	令和 年 月 日
ふりがな 氏 名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
住 所	〒
電 話	() - * 連絡のつきやすい電話番号をご記入ください
保有資格	介護福祉士 ・ ホームヘルパ - 1 級 ・ 介護職員初任者研修 (ホームヘルパ - 2 級) 介護福祉士実務者研修 ・ その他 ()
コース	1号研修 ・ 2号研修 (開講日 月 日)
実地研修	<input type="checkbox"/> 勤務先で実施 (勤務先名:) <input type="checkbox"/> ハートスイッチで実施 *希望する行為に○をつけてください 口腔内の喀痰吸引 ・ 鼻腔内の喀痰吸引 ・ 気管カニューレ内の喀痰吸引 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ・ 経鼻経管栄養
通学手段	車 (普通車 ・ 軽自動車) ・ バイク ・ 自転車 ・ 公共交通機関 ・ 徒歩
受講料納入方法	振込 ・ 持参 ・ クレジットカード (一括のみ) 一括 ・ 分割 (回) * 2回又は3回払いのいずれかを記入ください
割引利用	<input type="checkbox"/> 紹介あり (紹介事業所名:)
教育訓練給付制度 (1・2号研修のみ)	使用します ・ 使用しません
自宅学習の方法	オンライン (Youtube) で視聴 ・ DVDで視聴

◇ご記入いただいたお客様の個人情報の使用目的は次の通りです

- ・ 弊社の講座受講運営業務
 - ・ 弊社からの教育講座、就業に関するご案内
 - ・ お客様との連絡及び満足度等の調査
- * その他、実習先や県に情報を提出する場合があります

お申込み先

HEART
SWITCH



株式会社 ハートスイッチ

〒710-0038 岡山県倉敷市新田 2434-1

TEL : 086-420-1600 FAX : 086-435-7021