**平成２７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 | 事業所名 | |
| 所在地　（〒 － ）  TEL　　　　　　　　　FAX | | |
| 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。