2026年度　「喀痰吸引等研修　フォローアップコース」受講申込書

以下のとおり、群馬パース大学福祉専門学校主催の「喀痰吸引等研修　フォローアップコース」の受講を申し込みます。
※申し込みの際には身分証明書（運転免許証・保険証・マイナンバーカード等の写し　等）を添付してください。

●申込者

ふりがな		性　別	生年月日
氏　名		男・女	（　西暦　・　昭和　・　平成　） 年　　月　　日　（　　歳）
自宅住所	〒		
（介護業務）勤務年数		所持資格（該当に○または記入）	
年　　か月		介護福祉士　　・　介護福祉士以外の資格の場合記入	
該当する項目の□に✓を記入			
□養成校卒業生（医療的ケア履修者）　□喀痰吸引等研修修了　□実務者研修修了 ※必要書類も併せて添付し、お申込みください。			
受講票等郵便物の送付先（□に✓を記入） □　自宅へ郵送希望　　□　勤務先へ郵送希望			
日中の連絡先（□に✓を記入） □　携帯電話等番号（　　－　　－　　）　　□　下記の勤務先			
講義に関する連絡等をさせていただく場合がありますので、メールアドレスを必ずご提出ください。 本校アドレス（paz-care@paz.ac.jp）からのメールが受信できるよう設定をお願いいたします。 また、アルファベットの大文字小文字、数字、記号など分かりやすいよう正しくご記入ください。 E-mail			

●申込者の勤務先

法人名	
種　別 例：介護老人保健施設等	
勤務先	
勤務先住所	〒 電話番号：　　－　　－

●実地研修を受ける施設

※各自受けていただく実地研修施設については、介護保険事業所または障害者（児）施設等であり、指導看護師が指導者講習を受講修了していること、又は今後指導者講習を受講することを了承している看護師を確保していることが条件となります。

施設種別										
名　称										
事業所番号										
住　所	〒 電話番号：　　－　　－									

※受付日：

※受講者の皆様に関する個人情報は、必要書類の送付等、当研修の運営管理 を目的 としての使用、その他研修等に関する情報のご案内に使用し、他の目的で使用することはありません。