

ケアソウル かのん「喀痰吸引研修」御中
基本研修 FAX申込書



送信時、表・裏の間違いにご注意ください。

FAX：06-6170-6711

申込日 年 月 日

| | | | |
|-------------------------|-----------------------------|------|-----|
| フリガナ 氏名（住民票記載 通り） | | | 男 女 |
| 生年月日 | 和暦 昭和 年 月 日 平成 | （ 歳） | |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| 電話番号 （携帯番号） | ① | ② | |
| 申込希望コース | 喀痰吸引等研修 | 月 | コース |
| 事業所名 住所 電話番号 | （任意 振込案内、受講決定通知を事業所宛にご希望の方） | | |
| 振込名義 （申込者と違う場合） | | | |

*領収証は振込名義と同一名義のみ1回限り発行いたします。

開講日程

| | | | |
|------|-----|-------|-----|
| 基本研修 | 開講日 | 5月コース | 要相談 |
| | | | |

基本研修 カリキュラム

| 喀痰吸引等研修 | 時間 | 内容 |
|---------|---------------------|---------------------------|
| 基本研修 | 9:00 ~ 12:00 | 講義（午前 3時間） |
| | 12:45 ~ 17:45 | 講義（午後 5時間） |
| | 18:00 ~ 18:30 | 筆記試験 |
| | 18:30 ~ 19:30 | 演習（1時間） グループに分けて実施します。 |
| | 上記以外の日程・時間を希望の方は要相談 | |

筆記試験合格後に、演習を受講していただきます。

不合格者は再試験となります。（再試験料 2,160円）

毎月の開講となっておりますので、上記以後の日程はご連絡ください。

実地研修は別途申込が必要となります。