

## 介護職員によるたん吸引等研修(リカレントコース) 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）のうえ、「実務者研修」の修了証のコピーを添付して提出してください。

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
Eメール	@
保有資格	介護福祉士 ・ 介護福祉士実務者研修 ・ その他( )
コース	1・2号(リカレントコース) クラス(開講日 月 日) <input type="checkbox"/> 3行為(口腔内喀痰吸引、鼻腔内喀痰吸引、胃ろう・腸ろう経管栄養) <input type="checkbox"/> 5行為(上記3行為 + 気管カニューレ内喀痰吸引、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(5,000円割引)	<input type="checkbox"/> ハートスイッチ介護福祉士実務者研修修了生

◇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

- ・ 弊社の講座受講運營業務
  - ・ 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