

調布市福祉人材育成センター
医療的ケア支援者養成研修（特定の者）申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人調布市社会福祉協議会会長 様

次のとおり、研修事業を受講したいので申込みます。

フリガナ		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住所	〒	
電話番号		
所属事業所名		(所属事業所電話番号)
受講希望理由 (複数可)	<input type="checkbox"/> 資格を取得して就労したい <input type="checkbox"/> 現在の業務に役立てたい <input type="checkbox"/> 介護・障がいについて学びたい <input type="checkbox"/> 高齢者・障がい者（児）を支援したい <input type="checkbox"/> 地域の役に立ちたい <input type="checkbox"/> その他（ ）	
本研修をお知りになったきっかけ (複数可)	<input type="checkbox"/> 市報 <input type="checkbox"/> ふくしの窓（社協広報誌） <input type="checkbox"/> 人材センターホームページ <input type="checkbox"/> ちらし・ポスター（場所： ） <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
※事務局記入欄	【本人確認書類】 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【市外在住の場合】 <input type="checkbox"/> 在勤書類（ ） <input type="checkbox"/> 在学書類（ ）	

*記載されている個人情報研修に関する目的以外に使用いたしません。

裏面も記入ください

実地研修を実施予定の利用者の状況についてご記入ください

No	利用者の氏名	人工呼吸器 装着		本研修で実施予定の利用者に必要な行為 (○をつけてください)					指導看護師の 派遣事業所名 (指導看護師資格の有無)
		有	無	たんの吸引			経管栄養		
				口腔	鼻腔	気管 カニューレ	胃ろう・腸 ろう	経鼻胃 管	
1	ふりがな()	有	無						(□有 □無)
2	ふりがな()	有	無						(□有 □無)
3	ふりがな()	有	無						(□有 □無)
4	ふりがな()	有	無						(□有 □無)
5	ふりがな()	有	無						(□有 □無)
6	ふりがな()	有	無						(□有 □無)
7	ふりがな()	有	無						(□有 □無)
8	ふりがな()	有	無						(□有 □無)

※申請書にご記入いただいた個人情報は、本研修以外には使用いたしません。