

(株)寿々 ひなたケアカレッジ 受講申込書

お申込み日： 令和 年 月 日

希望コース	初任者研修(月)・実務者研修(月)・喀痰吸引1号及び2号研修(月)		
ふりがな			
氏名			性別 男・女
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
住所	〒 -		
自宅電話	() -	携帯電話	() -
緊急連絡先	氏名(続柄)		電話番号
			() -
Eメール アドレス			
介護経験	有・無 (年 ヶ月) 経験場所: 施設介護・在宅介護・家族の介護 その他()		
給付制度使用	厚生労働省 教育訓練給付制度(一般教育訓練)		利用する・利用しない
保有資格	<input type="checkbox"/> 無資格・ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修(実地研修未修) <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修(実地研修修了) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引研修 <input type="checkbox"/> その他()		
割引制度の適用 ※該当する項目に○を付けて下さい			
グループ割引 (5,000円) ※ 2名以上同時申し込みで適用		紹介割引 (5,000円) ※ 当講座の卒業生からの紹介の場合、適用	
この講座をどこでお知りになりましたか？			
広告・ホームページ・求人誌・知人、家族からの紹介 当講座の卒業生()からの紹介・その他()			

※喀痰吸引研修受講希望の方は下記ご記入下さい。

現在の職場において、実地研修が可能ですか？ (はい・いいえ)	
研修種別	<input type="checkbox"/> 1号及び2号研修(基本研修) <input type="checkbox"/> 2号研修(実地研修の特定行為を下記より選択) 当会仲介先施設 たんの吸引: 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部 経管栄養: 胃ろう腸ろう・経鼻 ※(該当するものに○) <input type="checkbox"/> 基本研修+就業先で実地研修 <input type="checkbox"/> 1号研修(実地研修) 当会仲介先施設 <input type="checkbox"/> 当会仲介先施設での人工呼吸器装着者

※実務者研修受講希望の方は下記ご記入下さい。

見込書発行	実務者研修修了見込証明書の発行について	必要・不要
-------	---------------------	-------

※個人情報についてご記入いただいた内容については、当法人の個人情報管理規定に従い厳重に管理し、本研修以外の目的には使用しません。

※受講希望の方は、ご記入の上、講座開始の1週間前までに下記へFAX、または郵送にてお申込みお願い致

料金表

【介護福祉士実務者研修】

保有資格	料金
無資格・ホームヘルパー3級	140,000円
ホームヘルパー2級	100,000円
介護職員初任者研修	
ホームヘルパー1級	50,000円
介護職員基礎研修	10,000円
喀痰吸引研修	各受講料より10,000円引き

【喀痰吸引研修】

受講項目		料金
基本研修		100,000円
実地研修	1号研修	80,000円
	2号研修(実地研修の特定行為を下記より選択)	1科目につき 16,000円
	口腔内喀痰吸引、鼻腔内喀痰吸引、気管カニューレ内喀痰吸引	
	経鼻経管栄養、胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養	
	当会仲介先施設での人工呼吸器装着者	27,000円

【初任者研修】

一律 65,000円

【割引制度】

グループ割引(2名以上同時申し込みで適用)	5,000円割引
紹介割引(当講座の卒業生からの紹介で適用)	5,000円割引

<事務局>

株式会社 寿々 ひなたケアカレッジ 担当:磯田
〒453-0863 名古屋市中村区八社1丁目97
TEL:052-414-7505 FAX:052-414-7506

