

受理日	西暦	年	月	日
-----	----	---	---	---

2025年度研精会介護人材育成センター 医療的ケア研修コース 受講申込書

法人名・施設名	
サービス種別	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	

フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
受講希望者名	(姓)	(名)	<small>☑してください</small>	
生年月日	年	月	日 (歳)	
経験年数	年	職位		
フリガナ				
自宅住所	〒			
自宅電話番号		携帯電話		
E-mail <small>(必ず連絡の取れるアドレスを記載すること)</small>				

受講区分 <small>(☑してください)</small>	<input type="checkbox"/> 基本研修(WEB学習)から受講	<input type="checkbox"/> 実地研修のみ受講
----------------------------------	--	-----------------------------------

施設長または 所属長の推薦理由	
--------------------	--

テキスト購入 <small>(☑してください)</small>	<input type="checkbox"/> 事務局より購入する (1冊 2880円 税別)	<input type="checkbox"/> 自分で購入する
------------------------------------	--	----------------------------------

※テキスト: 第4版 介護福祉士実務者研修テキスト 第5巻 医療的ケア(中央法規出版) 事務局より購入された方は、団体割引10%引き(上記価格)で購入可

※ お申し込みにつきましては、受講者個人でのお申し込みは受付けておりません。
法人もしくは、所属される事業所を通じて、お申し込みください。
申込書の送付は、PDFにてメールで送り頂いても、郵送でもどちらでも構いません。
また何か、ご不明な点等がございましたら、お気軽にお問い合わせください。