

参考例

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	特定医療法人社団研精会 介護老人保健施設デンマークイン○○
サービス種別	介護老人保健施設
所在地	〒 100-0000 神奈川県○○○○
電話番号	0460-00-0000
FAX番号	0460-00-0000

フリガナ	ケンセイカイ	ハナコ	性別 ☐ 男 ☒ 女
受講希望者名	(姓) 研精会	(名) 花子	
生年月日	☆ 年 ☆ 月 ☆ 日 (☆ 歳) ※2025年6月1日時点で算出してください		
経験年数	20 年	職位	介護主任
フリガナ	カナガワケン○○○○		
自宅住所	〒 000-0001 神奈川県○○○○		
自宅電話番号	0460-00-0000	携帯電話	000-0000-1111
E-mail (必ず連絡の取れるアドレスを記載すること)	kenseikai-s@kenseikai-jp.com		

受講区分 (☑してください)	☒ 基本研修(WEB学習)から受講 ☐ 実地研修のみ受講
-------------------	---

施設長または 所属長の推薦理由	○○○○さんは、2004年に当法人に入職し、現在、介護主任として30人以上の介護スタッフのとりまとめと新人教育を担い活躍しております。医療的ケアに関する専門知識と技術の習得は、○○さんご自身のスキル向上のみならず介護チームのレベルアップにつながることが大いに期待されますので、受講者として推薦いたします。
--------------------	--

テキスト購入 (☑してください)	☒ 事務局より購入する (1冊 28000円 税込) ☐ 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