

受理日	西暦	年	月	日
-----	----	---	---	---

2026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							
受講希望者名	(姓)	(名)	性別 <small>おししてください</small>	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
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>(おししてください)</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>(おししてください)</small>	<input type="checkbox"/> 事務局より購入する (1冊 2,800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。