履歴	歪 書	ŧ	(受詞	構申え	込書)									<b>3</b>			""
						平	成	年	Ę	月		日	現在				
リガナ												E[.			写真		
氏名															1. 縦 36~ 横 24~ 2. 本人単身胸	30mm	
年月日	昭和 平成	] }	年		月		日生	Ė (	満	歳)	*	男・	女	<u></u>			
7リガナ														TEL			
見住所	∓(	-	_		)									FAX			
携帯電話								Email									
フリガナ														TEL			
連絡先	〒(	-	_		)			(現住	所以外に	連絡を希望	望する	場合のみ	記入)	FAX			
年	月					=	≥歴・耳	職歴なる	ど(項	目別にる	まとる	めて書	< )				$\overline{}$
	,,,																

年	=	月   免 許 ・ 資 格												
	この 山 杜 シュナ ぐ キ 東 石													
その他特記すべき事項														
希望受講内容について(希望研修にチェックをして下さい。一号は5行為、二号は4行為以下です。)														
	_	号	号 ロ腔吸引・鼻腔吸引・気管カニューレ吸引・胃廔腸廔・経鼻経管栄養											
	=-	号		口腔吸引	<del>]</del>		鼻腔吸引		気管カニュー レ吸引		胃廔腸廔		経鼻経管栄養	
免除科目に該当する研修(受講済証別途添付)														
年	=	月 受講済研修(〇で囲んで下さい) ①実務者研修医療的ケア(50時間) ②特養14時間研修 ③基本研修(講義・演習)を修了												
• (1)(	3)に   	変当で		•							では希望受講内			
	須とな				0 72,	P/1-		• ,	10 ( — 100 - 100	>	C10-10-12-11-1	ь	o> 1⊞ H±2.~	
宝地很	研修5	主施士	星可	チについて	(所	屋;	施設となのはな	~館	の場合は両方に	- =	チェックをして	下:	<b>オハ</b> )	
<del>天</del> 心,	ツ レシン	<b>₹</b> //⊔-:	<b>2317</b>		(1)									
	所属施設 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □													
 なのはな館 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □														
・当法人実地研修場所は気管カニューレ内吸引、経鼻経管栄養の対象者不在														
ᄼᄼᄼᄼ														
その他の確認事項														
①刑罰の有無(該当する側にチェックをして下さい) 														
過去2年以内に刑罰を受けていない 過去2年以内に刑罰を受けた														
②健康状態(該当する側にチェックをして下さい) 特に問題なし														
	1िचा ⊂ाः	1) (达 '0						L	W  I 多 /J ・小ミ J ラ	<b>€</b>	よく (性)水ル・木(・	(d) 1/3	,,⊓,⊞⊓\1, Ω) .Ω	
		人がま	ト成	年者の場合の	りみ記	入)					TI	EL		
フリガ 氏名	7		_		住所〒	(	- )	_						

受理日 年