履 歴 書　（受講申込書）

平成　31　年　2　月　1　日現在

フリガナ　アカモン タロウ		印
氏　名　赤門太郎		
生年月日	昭和 平成　61　年　4　月　1　日生　（満　31　歳）	※　男・女

写真
1.縦　36～40mm
横　24～30mm
2.本人単身胸から上

フリガナ　チバケンタテヤマシヌマ 現住所　〒（ 294 － 0034 ） 千葉県館山市沼1599-1	TEL 0470-25-7300 FAX 0470-25-7301
携帯電話　090-1234-5678　Email	
フリガナ 連絡先　〒（　－　）（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）	TEL FAX

年	月	学歴・職歴など（項目別にまとめて書く）

年	月	免 許 ・ 資 格
2006	3	普通自動車免許
2016	10	実務者養成研修講座修了

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。）

	一号	口腔吸引・鼻腔吸引・気管カニューレ吸引・胃瘻腸瘻・経鼻経管栄養										
レ	二号	レ	口腔吸引	レ	鼻腔吸引		気管カニューレ吸引	レ	胃瘻腸瘻		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（○で囲んで下さい）
2016	10	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

・①③に該当する方は演習も免除とされておりますが、当法人研修では希望受講内容の補講が必須となります。

実地研修実施場所について（所属施設となのはな館の場合は両方にチェックをして下さい。）

□所属施設　□口腔吸引　□鼻腔吸引　□気管カニューレ吸引　□胃瘻腸瘻　□経鼻経管栄養

レ なのはな館　レ口腔吸引　レ鼻腔吸引　レ胃瘻腸瘻

・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

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）

レ 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）

レ 特に問題なし　□研修が終了するまで健康が保てるか心配がある

保護者（本人が未成年者の場合のみ記入） フリガナ		TEL
氏名	住所〒（　－　）	

受理日　年　月　日