

令和8年度 川崎市 医療的ケア教員講習会申込書

※ご記入もれが多い箇所については、分かりやすいように黄色でマークしています。

あてはまる項目がある場合は、ご記入をお願いいたします。

※ご提出はエクセル、PDFどちらでも問題ございません。

<受講者情報>

※氏名は正しく記入をお願いします。修了証に記載します。

| | | | | | | |
|----------------|------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----|--|
| 申込日 | 2026 年 月 日 | 研修日 | 8月3日 (月) | | | |
| フリガナ | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | ※ <input type="checkbox"/> 欄に✓→ 性別 | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | 年齢 | |
| 看護師資格 取得年月日 | 年 月 日 | 看護師取得後 実務経験 | 年 月 | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | | | メールアドレス | | | |

※研修当日に必ず連絡の取れる内容をご記入ください。

<法人・事業所情報>

| | | | | | |
|--------------|---|------|------------------------|--|--|
| 法人名 | | | | | |
| 事業所種別 | | 事業所名 | | | |
| 管理者名 施設長名 | | 担当者名 | ※左記とは別に連絡窓口の方がいる場合は記入。 | | |
| 事業所 住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | | | メールアドレス | | |

<確認事項> ↓欄に✓をお入れください。

- 令和8年度川崎市介護職員にかかるたんの吸引等研修 募集要領内
「12. 医療的ケア教員講習会の実施」の記載内容を理解した上で申込みをする。

<提出書類> ※申込時

↓欄に✓をお入れください。

- ① 令和8年度 川崎市 医療的ケア教員講習会申込書 (本用紙)
 ② 受講申込における個人情報取得同意書
 ③ 看護師免許証の写し

<本研修を知ったきっかけ>

↓欄に✓をお入れください。

- 川崎市HP及び市からのメール
 川崎市老人福祉施設協議会 施設長会
 その他 (

セントスタッフ株式会社 セントカレッジ 喀痰吸引等研修事務局

(住所) 〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町1-8-3 JP茅場町ビル2階

(TEL) 03-6803-5624 (E-mail) st_kenshu@home.misawa.co.jp

| | | | | | | |
|------------------|------|--------|-----|--------|-------|------|
| 弊 社 記 入 | 申し込み | 受講可否通知 | 入金 | テキスト発送 | 修了証発行 | 受講番号 |
| | / / | / / | / / | / / | / / | |