

# 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	10月13日 (火)			
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	ヶ月		
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
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	