

# 令和7年度 喀痰吸引研修受講者カード

受講番号

作成年月日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	
氏名		男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 才)	本籍地	
住所	〒 ー 電話 _____ 携帯 _____		
勤務先	〒 ー 住所: 名称: 職名:		
保持資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修修了 <input type="checkbox"/> (旧) ホームヘルパー2級研修修了		
職歴	年 月		
	年 月		
	年 月		
介護実務 経験年数	年 ヶ月 (作成年月日現在)		

写真貼付  
・正面上半身・脱帽、  
無背景で3か月以  
内に撮影したもの  
・縦4cm×横3cm

<h2>受講証</h2> <p>受講番号 _____ 氏名 _____ 特別養護老人ホームかなめ一倫荘 喀痰吸引等登録研修機関</p>	<p>写真貼付 ・正面上半身・脱帽、 無背景で3か月以 内に撮影したもの ・縦4cm×横3cm</p>	住所 _____
		*受講証は研修時に持参してください。

\*受講番号は事務局で記入します。