

定員になり次第、締め切ります。

【申込先】 TBC福祉教育センター 喀痰吸引研修事務局  
FAX: 028-614-8502

令和5年度 喀痰吸引等研修 第三号研修 (特定の利用者対象)  
「**介護職員基本研修 (実地研修)**」受講申込書

※実地研修については、原則として所属する施設等において実施していただきます。

1 受講希望介護職員氏名

(ふりがな) 氏名	生年月日	郵便番号・住所	
		電話番号	
( )	昭和 平成 年 月 日	〒	—
			— —
保有資格			

2 勤務先事業所名等

事業所名	(事業所番号: )		
	事業所種別 (例: 通所介護等)		
所在地	(郵便番号・住所) 〒 —		
連絡先	(電話番号) — —	(FAX番号)	— —
	(メールアドレス)		
担当者氏名			

3 実地研修先の確保について

研 修 先	<input type="checkbox"/> 所属施設・事業所 ( )		
	<input type="checkbox"/> 同法人内の他の施設・事業所 ( )		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
※該当する□に✓を付けてください。( )内に事業所名を記入してください。			
実 施 可 能 な 実 地 研 修	第三号研修		
指 導 看 護	氏名		
	勤務先		
	修了した指導看護	受講年度	平成

護 師	師養成研修	受講研修機関	
--------	-------	--------	--

上記のとおり、喀痰吸引等研修（第三号研修）の受講を申し込みます。

年 月 日 施設長・事業所管理者名 \_\_\_\_\_ 印