

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

平成29年度喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）

「指導看護師養成研修」受講申込書

1 受講希望看護師氏名等

(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	看護師		

2 勤務先事業所名等

事業所名	(事業所番号:)		
	事業所種別 (例: 特養 等)		
所在地	(郵便番号) 〒 —		
連絡先	(電話番号) — —	(FAX番号)	— —
	(メールアドレス)	@	
担当者氏名			

3 指導に当たる介護職員について (予定)

介護職員	氏名	
	勤務先	
実地研修先	<input type="checkbox"/> 介護職員の所属施設・事業所 ()	
	<input type="checkbox"/> 介護職員の所属する法人内の他の施設・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	第一号研修 / 第二号研修	※○を付けてください。

上記のとおり、喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）の受講を申し込みます。

平成 年 月 日 施設長・事業所管理者名 _____ 印