

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 第三号研修（特定の者対象）

「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) 〒	—	
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 ()			
	※該当する口に✓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			
指導看護師	氏名			
	勤務先			
	修了した指導看 護師養成研修	受講年度	平成	年度
		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。

平成 年 月 日 施設長・事業所管理者名 _____ 印