

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4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。

・ご希望のコースに○をつけてください。

| | |
|----------|-------------|
| 8月(木)コース | R5.2月(土)コース |
|----------|-------------|

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 |
| | | 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