

対象:介護職員等

第4回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修(神戸会場) 受講申込書

[申込先] **FAX: 03-3355-3122** 日本慢性期医療協会

[申込締切] 平成26年9月5日(金)

*申込担当者様あてに参加費請求書及び受講票を9月中旬頃お送りいたします。

*満席の場合は、本申込用紙受信後、平日3日以内にご連絡いたします。

平成26年 月 日

日本慢性期医療協会 会長 武久洋三 殿

下記の者を受講者として推薦し、申し込みます。

施設名 _____ どちらかに○⇒ 会員 ・ 会員以外

住 所 _____ (〒 _____)

TEL. _____ FAX. _____

代表者氏名 _____ 印 _____ 役職 _____

(申込担当者氏名: _____ 部署: _____)

No.	ふりがな 受講者氏名	性別	介護関連の資格	介護職員 経験年数
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護()級 <input type="checkbox"/> なし	年
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護()級 <input type="checkbox"/> なし	年
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護()級 <input type="checkbox"/> なし	年

〈実地研修実施の予定について〉 ※ 指導者講習を修了した指導看護師がいない場合は、当協会主催の指導者養成研修をご利用下さい。

実施施設名: _____ 施設種別: _____

(いずれかに○⇒ 1. 勤務先 2. 同一・関連法人施設 3. その他)

指導者氏名: _____ 役職(職種): _____

指導者講習(不特定多数の者対象)修了証明書番号(第 _____ 号)