

第3回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修(東京会場) 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4月11日(金) 〔参加定員〕100名

* 申込担当者様あてに参加費請求書及び受講票を4月下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: _____)

	ふりがな 受講者氏名	性別	介護関連の資格
1		男 女	介護福祉士 訪問介護()級 なし
2		男 女	介護福祉士 訪問介護()級 なし

*** 実地研修の実施について**

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)

*** 実地研修指導者について** ふりがな 氏名 _____ 役職(職種) _____

指導者講習(不特定多数の者対象)修了済みの場合 修了証明書番号(第 - - 号)

*** 実地研修指導者養成研修(5/17)に参加される場合は、下記に記入して下さい。(准看護師は除く)**

ふりがな 氏名 _____ 生年月日 昭和・平成 年 月 日生

所属 _____ 職種 _____

日本慢性期医療協会会員施設に勤務する保健師、助産師、正看護師のみ参加可能
指導者養成研修のみの参加はできません。介護職員の基本研修の受講とあわせてお申し込み下さい。