**対象：介護職員等**

第６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２７年９月１１日（金）

＊申込担当者様あてに参加費請求書及び受講票を９月下旬頃にお送りいたします。

＊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２７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：　　　 　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № |  | 性別 | 介護関連の資格 | 介護職員  経験年数 |
| １ |  | □男  □女 | □認定介護福祉士　　□介護福祉士  □訪問介護（　 　）級  □介護職員初任者研修　　□なし | 年 |
| ２ |  | □男  □女 | □認定介護福祉士　　□介護福祉士  □訪問介護（　 　）級  □介護職員初任者研修　　□なし | 年 |
| ３ |  | □男  □女 | □認定介護福祉士　　□介護福祉士  □訪問介護（　　 ）級  □介護職員初任者研修　　□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）