

対象：介護職員等

第8回介護職員等によるたんの吸引・経管栄養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28年10月5日(水)

*申込担当者様あてに参加費請求書及び受講票を10月中旬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28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"/> 認定介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護()級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> なし	年
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 認定介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護()級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> なし	年
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 認定介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護()級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <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)