

対象：介護職員等 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29年10月4日（水）

* 申込担当者様あてに参加費請求書及び受講票を10月上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。

* 本研修は慢性期医療認定病院の更新要件15単位に該当します。

平成29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）