対象：介護職員等

第7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（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２８年５月１１日（水）
＊申込担当者様あてに参加費請求書及び受講票を５月中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		□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）