

対象：看護職員等 指導者養成研修 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2単位に該当します。

施設名 _____ どちらかに○ ⇒ 会員 ・ 会員以外

住 所 _____ (〒 _____)

TEL. _____ FAX. _____

申込担当者氏名 _____ 部署名 _____

No.	ふりがな 受講者氏名	性別	職種	生年月日
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> 医師	昭・平 年 月 日
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> 医師	昭・平 年 月 日
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> 医師	昭・平 年 月 日

※本指導者養成研修は、不特定多数の者を対象に喀痰吸引・経管栄養の行為を実施することができる介護職員等を養成するための指導者養成研修です。（第1号・第2号研修指導分）

※参加対象となる「看護師」には「准看護師」は含まれませんので、ご注意ください。

※「生年月日」は「指導者養成研修修了証明書」に記載いたしますので、必ず記入して下さい。

※当協会が実施する「指導者養成研修」は、原則として、当協会主催の基本研修（講義・演習）を修了した介護職員の実地研修を指導するための研修です。

都道府県や他の登録研修機関による基本研修（講義・演習）を修了した介護職員の指導にあたることのできるかについては、必要に応じ、貴都道府県や登録研修機関にご確認ください。