別紙3

令和3年度　島根県介護職員等によるたんの吸引等の実施のための基本研修（特定の者対象）受講申込書

申込年月日　　年　　月　　日

希望会場	出　雲　　・　　益　田			
受講申込者	ふりがな 氏　名			
	生年月日 （西暦）	西暦　　年　　月　　日（　　）歳		
	住　所	（〒　　）		
勤務先 （推薦事業所）	法人名			
	事業所種別 （ｻｰﾋﾞｽ種別）			
	事業所名			
	所在地	（〒　　）		
	管理者氏名	印		
	TEL		FAX	
	E-mailｱﾄﾞﾚｽ			
保有資格・免許	1. 介護福祉士　　2. 介護職員基礎研修課程修了 3.（訪問）介護員養成研修＿＿＿級課程修了 4. その他（　　）※医療・教育・福祉系の資格 5. 資格なし			
経験年数等	勤務先での実務経験年数　（　　）年（　　）か月 喀痰吸引や経管栄養を必要とする方を担当した経験　（ あり ・ なし ）			

※受講者決定後、受講決定通知書を送付します（申込み多数の場合は調整させていただくことがあります）。

※ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用させていただきます。