

令和4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 ・ 浜 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			
	事業所名			
	事業所種別 (サービス種別)	1. 障がい者(児)サービス 2. 介護サービス 3. その他		
	所在地	(〒)		
	管理者氏名			
	TEL			FAX
	E-mailアドレス			
	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。