

定員になり次第、締め切ります。

【申込先】 NPO法人 ურიზნი 喀痰吸引等研修事務局
FAX: 028-665-7744

2024年度 喀痰吸引等研修 第三号研修(特定の利用者対象)
「指導看護師養成研修」受講申込書

受講希望日	<input type="checkbox"/> 2024年6月24(月)	<input type="checkbox"/> 2025年2月26(水)
-------	---------------------------------------	---------------------------------------

1 受講希望看護師氏名等

(ふりがな) 氏名	生年月日	郵便番号・住所
		電話番号
()	昭和 平成 年 月 日	〒 -
		TEL
保有資格	看護師(正看護師としての実務経験3年以上)	

2 勤務先事業所名等

事業所名	(事業所番号)	
	事業所種別(例: 生活介護、居宅介護)	
所在地	(郵便番号・住所) 〒	
連絡先	(電話番号)	(FAX番号)
	(メールアドレス)	
担当者氏名		

3 指導にあたる介護職員等について(予定)

介護職員等	氏名	
	勤務先	
実地研修先	※該当する□に✓を付けてください。()内に事業所名を記入してください。	
	<input type="checkbox"/> 介護職員等の所属施設・事業所	
	<input type="checkbox"/> 介護職員等の所属する同法人内の他の施設・事業所 ()	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

上記のとおり、喀痰吸引等研修(第三号研修)指導看護師養成研修の受講を申し込みます。

年 月 日 施設長・事業所管理者名 _____