秋田県介護職員等によるたん吸引等研修
第三号研修(特定の者対象)実地研修のみ受講申込書

特定様式２

受付日		受付番号		**受講番号**	

申込日　　年　　月　　日

社会福祉法人秋田県社会福祉協議会
会長　佐藤　博身

（受講を申し込む施設・事業所等）

施設・事業所等の長　　㊞

受講申込者

ふりがな		男・女
受講者氏名	**受講者番号**(T　　－　　－　　)	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）	
現在の勤務先	法人名：　　事業所名：	
	〒　　－ TEL：　　FAX：	
資格 職種	・介護福祉士　　有・無 ・介護職員初任者研修（ヘルパー2級）　　有・無 ・介護職員実務者研修（ヘルパー1級・介護職員基礎研修）　　有・無 ・上記以外の資格（　　）	
経験年数	介護職として 年　　ヶ月　※ない場合は　0年0ヶ月とご記入ください。	

提出書類一覧　※提出する書類の☑欄にチェックをいれてください

☑	書類名	備考
	特定様式２　受講申込書　※本紙	
	特定様式３　利用者情報	
	特定様式４　体制確認シート	
	特定様式５　実地研修説明書	
	特定様式６　同意書	
	特定様式７　指示書	
	特定様式８　実施計画書	
	特定様式９　指導看護師の派遣「承諾書」	受講者と同一法人の場合は不要
	特定様式10　実地研修実施届出書	

※虚偽の申請、申込みを行った場合、受講を取り消すことがあります。ご記入いただきました内容は、秋田県介護職員等によるたん吸引等研修第三号研修(特定の者対象)事業に関する業務に使用させていただきます。提出された文書に関しては返却できませんので、予めご了承ください。