

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

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 ケ月 ※ない場合は 0 年 0 ケ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	様式	備 考
	受講申込書 ※本紙	特定様式 2	
	利用者情報	特定様式 3	
	体制確認シート	特定様式 4	
	実地研修説明書	特定様式 5	
	同意書	特定様式 6	
	指示書	特定様式 7	
	実施計画書	特定様式 8	
	指導看護師の派遣「承諾書」	特定様式 9 - 2	受講者と同一法人の場合は不要
	実地研修実施届出書	特定様式 1 0	
	封筒 2 通	◇長形 3 号 (1 2 0 mm × 2 3 5 mm) ◇ 8 4 円切手貼付	実地研修開始通知用※訪問看護ステーションの指導 看護師へ依頼しない場合は、 <u>1 通提出</u>

※虚偽の申請、申込を行った場合、受講を取り消すことがあります。御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。