

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）指導者養成講習受講申込書

申込日                      年           月           日

ふりがな		
氏 名	印	男      ・      女
生年月日	昭和・平成                      年           月           日生（                      ）歳	
現在の勤務先	法人名	事業所名
	所在地：〒                      -	
	TEL	FAX
保有資格 <small>該当するもの全てに○をつけてください。</small>	1. 保健師                      2. 助産師                      3. 看護師	
職歴	保健師、助産師又は看護師としての臨床等での実務経験年数  (                      ) 年 (                      ) か月 *准看護師としての経験年数は含めないこと。	

提出書類一覧

☑	書類名	備考
	(指) 特定様式 1 受講申込書	本紙
	看護師免許証の写し	A 4 サイズに縮小
	受講決定通知用 返信封筒 1 通	長形 3 号 1 2 0 mm × 2 3 5 mm 住所・事業所名・受講者名を明記 8 4 円切手貼付

※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。提出された文書については返却しませんので、予めご了承下さい。