受付日	／	受付番号		受講番号	

様式１

秋田県介護職員等によるたん吸引等研修

不特定（第一号・第二号研修）受講申込書

申込日　　年　　月　　日

ふりがな		男 ・ 女	写真の裏面に **事業所名・氏名を記入**し貼付してください。 縦４cm×横３cm （6ヶ月以内撮影）
受講者氏名	**※申込み者が複数いる場合、優先順位（　　）**		
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日生　（　　歳）		
現在の勤務先	法人名：	施設名：	
	〒　　－ TEL：　　FAX：		
現在の勤務先（施設種別）	1. 特別養護老人ホーム　2. 介護老人保健施設　3. 短期入所生活介護施設 4. グループホーム　5. 有料老人ホーム　6. 障害者(児)施設 7. その他（　　）		
実地研修予定先名称	（　）現在の勤務先 （　）現在の勤務先以外 名称：（　　）	内諾の有無（現在の勤務先以外の方） 有 ・ 無	
資格 職種	介護福祉士　有（取得　年　月　日）・無 介護職員初任者研修（ヘルパー2級）　有（取得　年　月　日）・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（取得　年　月　日）・無 上記以外の資格（　　）		
職歴	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。		
その他	オンライン講義の受講を希望する　はい ・ いいえ		

●対象利用者について（いない場合は０と記入）

項目	対象利用者数
口腔内のたん吸引	人
鼻腔内のたん吸引	人
気管カニューレ内部の吸引	人
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	人
経鼻経管栄養	人

●事業所若しくは同法人内に指導看護師が
（　いる　・　いない　）
今年度の指導者養成講習（不特定）受講予定者を含む

指導看護師名＿＿＿＿＿＿＿＿

指導看護師名＿＿＿＿＿＿＿＿

指導看護師名＿＿＿＿＿＿＿＿

●提出書類一覧

☑	書類名	備考
	様式１　受講申込書	本紙
	様式２　受講推薦書	
	返信用封筒　２通 ※受講者１名につき２枚	長形　３号（１２０×２３５㎜）　９４円切手貼付 事業所名・住所・受講者名を明記
	講義資料送付用封筒　１通 ※オンライン講義受講者	角形　２号（２４０×３３２㎜）　３９０円切手貼付 事業所名・住所・受講者名を明記

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、予めご了承ください。