(指)特定様式１

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 |  | | 男　　・　　女 |
| 氏　名 | 印 | |
| 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  該当するもの全てに○をつけてください。 | 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。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☑** | **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 | Ａ４サイズに縮小 |
|  | 受講決定通知用 返信封筒　１通 | 長形３号　１２０㎜×２３５㎜  住所・事業所名・受講者名を明記  １１０円切手貼付 |

**提出書類一覧**