

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 ： 〒 ー		
	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。		

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 120mm×235mm 住所・事業所名・受講者名を明記 110円切手貼付