

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 月 ※ない場合は 0年0ヶ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	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10	
	封筒 2通	◇長形3号 (120mm×235mm) ◇110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。