

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 4 cm×横 3 cm (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：		
	(秋田県社協会員番号：)			
	〒 —			
	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： ()		内諾の有無（現在の勤務先以外の方） 有 ・ 無	
資 格	介護福祉士 有（取得 年 月 日）・ 無 介護職員実務者研修 有（取得 年 月 日）・ 無			
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	①オンライン講義の受講を希望する	はい	いいえ	
	②人材開発支援助成金の申請を予定している	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（120×235mm）110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のみ	角形 2号（240×332mm）510円切手貼付 （レターパックライトの利用可） 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。