

受付日	/	受付番号		受講番号	
-----	---	------	--	------	--

フォローアップ様式 1

秋田県介護職員等によるたん吸引等フォローアップ研修  
(認定証取得済み介護職員等向け)  
受 講 申 込 書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな			男 ・ 女
受講者氏名			
生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日生	( 歳)
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 ( )		
現在の勤務先	法人名	施設名	
	〒	-	
	TEL	FAX	

●提出書類一覧 (☑欄へ記入)

☑	書類名	備考
	手技様式 1 受講申込書	本紙
	認定特定行為業務従事者であることがわかる書類	認定証の写し A4判
	受講決定通知用 返信封筒 1通	受講者1名につき1枚 長形 3号 (120×235mm) 110円切手貼付・住所・事業所名・受講者名を明記

※御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、予め御了承ください。