

秋田県介護職員等によるたん吸引等研修（第一号・第二号研修）受講申込書

申込日 年 月 日

ふりがな						
受講者氏名	※申込み者が複数いる場合、優先順位（ ）		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4cm×横3cm (6ヶ月以内撮影)		
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			内諾の有無(現在の勤務先以外の方)		
	() 現在の勤務先以外： ()			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	
	【会場受講】 封筒 2通	受講決定・筆記試験合否通知用 ◎長形3号2通・110円切手貼付 ◎事業所名・住所・受講者名明記すること
	【オンライン受講】 封筒 3通	受講決定・筆記試験合否通知用 ◎長形3号2通・110円切手貼付 講義資料送付用 ◎角形2号1通・510円切手貼付 ◎3通に事業所名・住所・受講者名明記すること

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。