

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業
「不特定多数の者対象研修」受講申込書

記入日 令和 年 月 日

ふりがな			男・女	生年月日(西暦)	
氏名				年 月 日 () 歳	
連絡先	自宅電話				
	携帯電話				
	メールアドレス				
勤務先	法人名				
	所在地	〒			
	電話		F A X		
現在の勤務先 (事業種別) 該当に○	1 障害児者施設等 ①障害者支援施設 ②障害福祉サービス事業所 ③福祉型障害児入所施設 ④障害児通所施設 () ⑤その他 () 2 高齢者施設等 ①特別養護老人ホーム ②介護老人保健施設 ③有料老人ホーム ④認知症高齢者グループホーム ⑤その他 ()				
施設内で、医療的ケアを 必要とする人数 (申込日現在)	①たんの吸引	実	人	<合計> 実人数 人	
	②経管栄養	実	人		
保有資格 免許	1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修課程修了者 3 (訪問)介護員養成研修 ____級課程修了者 4 その他 () ※医療、教育、福祉系の資格を記入 5 資格なし				
経験年数	実務経験年数 () 年 () カ月				
実地研修はどこで受講する か、該当のものに○を 記入	勤務先施設 ・ 未定 ・ その他 ()				
推薦書 募集要項および注意事項を確認し、上記の者を「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業(不特定多数の者対象研修)」の受講者として推薦します。 令和 年 月 日 社会福祉法人 島根整肢学園 理事長 様 事業所名 管理者 印					
※同一事業所で複数の申し込みをされている場合は、事業所内での優先順位				第 位	