

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				生年月日（西暦）	
氏名				男・女 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