

介護職員等によるたんの吸引等実施のための研修（第1号及び第2号研修）

受講申込書

氏名	カガナ		性別	生年月日	
			男・女	昭和・平成 年 月 日	
住所（ - ）			連絡先（携帯番号） - -		
勤務先	設置主体 (法人名)				
	施設名				
	住所				
	電話番号		Fax番号		
勤務先の種別 □にチェック	<input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 4 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 5 訪問介護 <input type="checkbox"/> 6 障害者（児）福祉施設 <input type="checkbox"/> 7 その他（ ）				
備考					

* 別途、別紙②「実地研修に係る確認事項チェックシート」を必ず添付ください。
上記の者が、有限会社ウェルフェアが実施する喀痰吸引等研修に受講することを申込ます。

令和 年 月 日

施設・事業責任者氏名
