



※FAX送信票不要

◆特別養護老人ホームみずほの里 喀痰吸引等研修実施委員会行き (FAX:023-674-3383)

平成30年度 第I期 喀痰吸引等研修 申込書

県指定事業所番号			
施設名			
受講申込者人数	人		
連絡担当者名		電話 :	
		FAX :	

\*受講生の氏名等を記入してください。

優先順位	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名		性別	男・女
	住所	〒	資格	介護福祉士・その他( )
	連絡先			
	基本研修及び実地研修修得状況について	基本研修 (講義) 済 ・ 未 (演習) 済 ・ 未	実地研修	済 ・ 未
◇平成22年4月1日医政発0401第17号 特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについてによる研修 (通称:14時間研修)				済 ・ 未

優先順位	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名		性別	男・女
	住所	〒	資格	介護福祉士・その他( )
	連絡先			
	基本研修及び実地研修修得状況について	基本研修 (講義) 済 ・ 未 (演習) 済 ・ 未	実地研修	済 ・ 未
◇平成22年4月1日医政発0401第17号 特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについてによる研修 (通称:14時間研修)				済 ・ 未

優先順位	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名		性別	男・女
	住所	〒	資格	介護福祉士・その他( )
	連絡先			
	基本研修及び実地研修修得状況について	基本研修 (講義) 済 ・ 未 (演習) 済 ・ 未	実地研修	済 ・ 未
◇平成22年4月1日医政発0401第17号 特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについてによる研修 (通称:14時間研修)				済 ・ 未

- \* 科目の免除を希望する者は各修了証を添付すること。
- \* 受講希望者が多数により調整が必要な際に活用するため、左欄に受講者の優先順位の記入をすること。
- \* 欄が不足する場合には別紙にて追加記載すること。