

別紙研修受講申込用紙

【申込先】 認定特定非営利活動法人うりずん 事務局
 (FAX: 028-665-7744)

2021年度喀痰吸引等研修(第三号研修)

「指導看護師養成研修」受講申込書

1 受講希望看護師氏名等

(ふりがな) 氏名	生年月日	郵便番号・住所
		電話番号
()	昭和 平成 年 月 日	〒
保有資格	看護師(看護師としての実務経験3年以上)	

2 勤務先事業所名等

事業所名	(事業所番号:)	
	事業所種別(例: 特養 等)	
所在地	(郵便番号) 〒	
連絡先	(電話番号)	(FAX番号)
	(メールアドレス)	
担当者氏名		

3 指導に当たる介護職員について(予定)

介護職員	氏名		
	勤務先		
実地研修先	1 介護職員の 所属施設・事業所	2 介護職員の所属する 法人内の他の施設・事業所 ()	3 その他 ()
※該当する番号に○を付けてください。2、3の場合は()内に事業所名を記入してください。			

上記のとおり、喀痰吸引等研修(第三号研修)の受講を申し込みます。

2021年 月 日

施設長・事業所管理者名 _____

