（参考様式Ｃウ１-②）

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　）**

**2023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 |
| （　　　　　　　　　　） | 西暦  　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） | |
| 受講希望日 | * 2023年6月28日（水）　　　　□ 2024年2月21日（水） | |

**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） |
| （ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ） |
| 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　　　　２　介護職員の所属する　　　　　３　その他  　所属施設・事業所　　　法人内の他の施設・事業所  　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　　）  ※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。**

**2023年　　月　　日　　　　　　　施設長・事業所管理者名　　　　　　　　　　　　　　印**