

平成 28 年度 介護職員等たん吸引事業に係る者対象

フォローアップ研修会 受講申込書【介護職員用】

平成 28 年 月 日

下記の者を「認定特定行為業務従事者向けフォローアップ研修会」の受講者として推薦し、申し込みます。

法人名 _____

事業所名 _____

管理者名 _____ 印

事業所郵便番号	〒 _____	事業所番号	介護	障害
事業所住所				
事業所電話番号	(_____)	事業所FAX 番号	(_____)	

研修受講を推薦する者（介護職員）

ふりがな 氏名		男 ・ 女	基本研修を受講した年度 年度
実地研修中に困った事、困難例、疑問に感じたこと等を記入（必須）			
※受講希望日	第1回	第2回	第3回 (希望に○をおつけください。)
現在貴様が行っている医療的ケアの内容			

- * 募集要項及び注意事項をよく確認の上、全ての項目に記載してください。
- * ご記入いただいた内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用します。

申込先Fax：029-353-7246 茨城県介護福祉士会