

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

【サービス提供責任者、管理者、相談支援者用】

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、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

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、相談された等を記入（必須）			
※受講希望日	第 1 回	第 2 回	第 3 回 (希望日に○をお付け下さい)

※介護職員と一緒に研修を受講します。

申込書 FAX : 029-353-7246