

平成 28 年度 介護職員等たんに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

【実地演習指導看護師、管理者等用】

平成 29 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	(_____)	

研修受講を希望する者

ふりがな 氏名		男	指導者講習を受講した年度
		女	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）			

※介護職員と一緒に研修を受講します。

申込書 FAX : 029-353-7246