

(別紙)

平成29年度 介護職員等たんに吸引等実施研修事業「第三号研修・特定の者対象」
(指導者講習会)
受講推薦・申込書

1 事業所の概要

法人名			
事業所名		電話番号	
事業所住所	〒(-)	FAX番号	
		E-mail	
この申込みに関する 連絡担当者氏名			

2 受講希望者

フリガナ 講習会受講希望者氏名	性別	男 ・ 女		
	生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日		
講習会受講希望者自宅住所				
講習会受講希望者の勤務先				
保有資格				
免許	※資格証の写しを添付してください。			
第1号・2号研修指導者講習会について	<input type="checkbox"/> 受講している		<input type="checkbox"/> 受講していない	
指導対象事業所 及び対象となる介護職員	指導対象 事業所名		指導対象 介護職員	
	指導対象 事業所名		指導対象 介護職員	
	指導対象 事業所名		指導対象 介護職員	

上記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

受講希望者氏名

印

上記の者を受講者として推薦します。 法 人 名

事 業 所 名

印