

# (別紙)

平成30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<br>連絡担当者氏名 |                  |        |  |

## 2 受講希望者

|                        |                                 |              |                                  |  |
|------------------------|---------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| フリガナ<br>講習会受講希望者氏名     |                                 | 性別           | 男 ・ 女                            |  |
|                        |                                 | 生年月日<br>(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<br>及び対象となる介護職員 | 指導対象<br>事業所名                    |              | 指導対象<br>介護職員                     |  |
|                        | 指導対象<br>事業所名                    |              | 指導対象<br>介護職員                     |  |
|                        | 指導対象<br>事業所名                    |              | 指導対象<br>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