

# (別紙)

## 令和7年度 介護職員等たん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	〒( 一 )	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

ふりがな 氏名		性別	男・女
		生年月日	昭和・平成
	年 月 日		
受講希望者自宅住所	〒( 一 )		
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
受講希望日程	第1回 · 第2回		
指導対象事業所及び 対象となる介護職員 (※予定)	指導対象 事業所名		指導対象介 護職員名
	指導対象 事業所名		指導対象介 護職員名
	指導対象 事業所名		指導対象介 護職員名

上記のとおり申し込みます。

令和 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

所属長氏名

印