

# (別紙)

令和8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	〒 (       -       )	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	〒 (       -       )			
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 E 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