

平成27年度 介護職員等たん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【介護職員用】

平成28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」の受講者として推薦し、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	( _____ )	

研修受講を推薦する者（介護職員）

ふりがな 氏名		男 ・ 女	基本研修を受講した年度 年度
実地研修中に困った事、困難例、疑問に感じたこと等を記入（必須）			
現在貴様が行っている医療的ケアの内容			

- \* 募集要項及び注意事項をよく確認の上、全ての項目に記載してください。
- \* ご記入いただいた内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用します。

申込締切 平成28年 2月15日（月）必