

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

【サービス提供責任者、管理者、相談支援者用】

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、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

| | | | |
|---------------------------------------|--|---|-------------|
| ふりがな 氏名 | | 男 | 基本研修を受講した年度 |
| | | 女 | 年度 |
| 実地研修中に困った事、困難例、疑問に感じたこと、相談された等を記入（必須） | | | |
| | | | |

※介護職員と一緒に研修を受講します。

申込締切 平成28年 2月15日（月）必