

喀痰吸引等研修受講者推薦書兼受講申込書

法人名	受講者写真
事業所名	
事業所代表者(管理者)	
事業所所在地	

連絡(勤務)先(TEL)	担当者名
--------------	------

1. 下記の通り受講を申し込みます。

受講希望開講期にチェックしてください :① 39期 5月～ ② 40期 9月～

希望課程に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 第1号研修 <input type="checkbox"/> 第2号研修 <input type="checkbox"/> 実務研修修了者演習(4回) <input type="checkbox"/> 実地研修のみ(1号・2号)			
受講者名	(フリガナ)	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
受講者住所	〒		受講者 ☎	
勤務(所属)先名称: 所在地	勤務先	〒 ☎		
職種			経験年数	

※研修の一部を既に修了している場合は、履修免除申請及び修了証明書の写しを添付してください。

2. 実地研修について (指導看護師)

指導看護師名(予定含む)	(フリガナ)	医療的ケア教員講習会
		新規受講予定(※1)・修了済み(※2)

※1. 自施設で実地研修を行う場合、研修期間内に指導看護師の資格を取得し修了証のコピーを提出すること。

※2. 指導看護師資格取得者は、看護師免許のコピー及び指導看護師修了証のコピーを添付してください。

実地研修先: 実地研修は自施設が主体となります。他事業所での実地研修は要相談。

実施研修先の名称と所在地をご記入ください。(実際に実地研修を行う場所)

実地研修機関名	
実地研修機関所在地	〒

※実地研修確認表を添付してください。