

平成 28 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

### 【実地演習指導看護師、管理者等用】

平成 29 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 \_\_\_\_\_ 

事業所郵便番号	〒	一	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	( )	

#### 研修受講を希望する者

ふりがな 氏名		男 ・ 女	指導者講習を受講した年度 年度
------------	--	-------------	--------------------

実地研修中に困った事、困難例、疑問に感じたこと、相談された等を記入（必須）

（記入欄）

※介護職員と一緒に研修を受講します。

申込書 FAX : 029-353-7246