

# (別紙)

平成30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

フリガナ 講習会受講希望者氏名			性別 男 · 女 生年月日 (年齢) 昭和・平成 年 月 日
講習会受講希望者自宅住所			
講習会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
指導対象事業所 及び対象となる介護職員	指導対象 事業所名		指導対象 介護職員
	指導対象 事業所名		指導対象 介護職員
	指導対象 事業所名		指導対象 介護職員

上記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

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

印