

日田園介護研修センター 喀痰吸引等研修受講者推薦書兼受講申込書

法人名					
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：				
受講希望月にレ点 <input type="checkbox"/> ①1期（R8年6月開講） <input type="checkbox"/> ②2期（R8年10月開講）					
希望課程にレ点を入れて下さい。					
<input type="checkbox"/> 第1号研修 <input type="checkbox"/> 第2号研修 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了者（演習～） <input type="checkbox"/> 実地研修のみ					
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☎ (携帯番号)			
職種:			経験年数:		
※ 研修の一部をすでに修了している場合は履修免除申請及び修了証明のコピーを提出してください。					
指導看護師名（予定を含む） 看護師免許・指導看護師修了証明 コピーを提出すること	フリガナ 氏名				
自施設で実地研修を行うにあたり 指導看護師不在の場合	実地研修に入るまでに医療的ケア教員講習会を修了してください。実地研修前までに看護師免許及び医療的ケア講習会修了証明のコピーを提出してください。				
実地研修先について	基本自施設での実地研修となります。他事業所での実地研修は要相談。				
実地研修事業所名					
実地研修事業所所在地	〒				
※実地研修について：保険加入が終わっていること（日田園介護研修センターに入金し保険会社に一括入金）保険加入者人数により保険金額は変わります。					
・実習期間確認類表に基づき資料提出					