

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	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)	受講者 連絡先	担当者名

受講希望開講期に☒:① ☐35期 5月～(中津) ②☐36期 9月～(中津)

2. 下記の通り受講を申し込みます。

希望課程に ☒	☐ 第1号研修・ ☐ 第2号研修・ ☐ 実務研修修了者演習・ ☐ 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。

3. 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:現在コロナ感染症のため他施設での実地研修の受け入れは中止しております。

実施研修先の名称と所在地をご記入ください。

研修機関名	
研修機関所在地	〒

※実地研修確認表を添付してください。