

FAX：099-295-4156

オアシスケア介護福祉養成校 喀痰吸引等研修 行

別紙①

年 月 日

介護職員等による喀痰吸引等実施のための研修（第1号研修及び第2号研修）

受講申し込み書

氏名	フリガナ	性別	生年月日
		男・女	昭和・平成 年 月 日 () 歳
勤務先	設置主体 (法人名)		
	施設名		
	住所		
	電話番号	FAX	
勤務先の種別 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 1. 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 2. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3. 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 4. 特定施設入居者生活介護指定事業所 <input type="checkbox"/> 5. 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 6. 障害者（児）福祉施設 <input type="checkbox"/> 7. その他 ()		
備考			

*別途、別紙②「実地研修に係る確認事項チェックシート」を添付してください。
上記の者が、オアシスケア介護福祉養成校が実施する喀痰吸引等研修に受講することを申し込みます。

平成 年 月 日

施設・事業責任者氏名

印