

**介護職員等によるたんの吸引等実施のための研修（特定の者対象）【第3号研修】  
受講申込書（事業所単位）**

申込年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**■ 申込事業所**

設置主体（法人名）： \_\_\_\_\_

事業所名： \_\_\_\_\_ 事業所代表者： \_\_\_\_\_ 印

事業所種別：（介護保険法： \_\_\_\_\_ 事業所番号： \_\_\_\_\_）

（障害者総合支援法： \_\_\_\_\_ 事業所番号： \_\_\_\_\_）

事業所所在地： 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 電話番号： \_\_\_\_\_ FAX 番号： \_\_\_\_\_

担当者名： \_\_\_\_\_ MailAddress： \_\_\_\_\_

**■ 申込内容**

(1) 申込人数等

受講人数： _____ 人	実地研修 予定組数： _____ 組	実地研修 指導看護師派遣 協力訪問看護事業所数： _____ か所
---------------	-----------------------	--------------------------------------

(2) 受講を申し込む介護職員等と利用者と指導看護師派遣事業所の組合せ

<small>[ユースタイルカレッジ記入欄]</small> 受講者番号 基本・実地	受講者氏名	利用者氏名	指導看護師派遣事業所名
-	(加)	(加)	(法人名)
			(事業所名)
基・実			
-	(加)	(加)	(法人名)
			(事業所名)
基・実			
-	(加)	(加)	(法人名)
			(事業所名)
基・実			
-	(加)	(加)	(法人名)
			(事業所名)
基・実			

※行が足りない場合は、複数枚にご記入ください。(2枚目以降は本表のみ記入)