

令和5年度 カルフル・ド・ルポ印南喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）
受講申込書

このことについて下記のとおり申し込みます。

なお、この研修のうち実地研修については、施設長（管理者）が最終的な責任を持って安全確保のための体制の整備を行ない、利用者の安全を第一に実施します。

希望過程にチェックをつけてください。		
<input type="checkbox"/> 第一号研修	<input type="checkbox"/> 第二号研修	<input type="checkbox"/> 追加行為課程（実地研修のみ）

1. 受講申込者（同一法人内申込順位：位 名中）*複数名申込む場合は、申込順位を記載。

ふりがな 氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日
所属	サービス 種別				
1. 介護職員としての通算経験年数 () 年 () ヶ月					
2. 介護福祉士資格 (あり なし)					

*氏名・生年月日は修了証明書等の作成時に使用しますので、正確に記載してください。

2. 演習及び実地研修の指導講師

ふりがな 氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日
保有資格	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師 *准看護師は除く				
所属	1. 自施設・事業所 2. 系列の施設・事業所 () 3. 協力施設・事業所→指導看護師等承諾書(様式3)の添付必要				
指導者 講習受講状況	和歌山県、他の都道府県、登録研修機関等が実施した指導者講習 → 修了証の写しを添付してください。				

3. 実地研修場所

実地研修実地場所	1. 自施設・事業所 2. 系列の施設・事業所 3. 協力施設・事業所等→実地機関承諾書(様式4)の添付必要
施設・事業所の概要 *自施設・事業所の 場合は、記載省略可	施設・事業所名
	所在地 〒
	代表者職・氏名

法人名 住所名 代表者名	郵便番号 〒 -	印
申込担当者 職・氏名	電話	
	FAX	