

令和6年度 医療的ケア教員講習会

受講申込書

①	ふりがな				性別	男・女	
	氏名	Ⓜ					
②	生年月日 年齢	昭和	年	月	日(才)	保有資格	
		平成					
③	現住所 連絡先	住所	〒	—	県	市	
		TEL	—	—	FAX	—	—
		携帯	—	—	E-Mail		
④	経験年数	看護勤務	年	ヶ月	免許証	取得年月日	免許番号
						年	月

※ 申込書No.⑤～⑧は、施設(事業所)管理(代表)者の方がご記入ください。(推薦書も兼ねています)

⑤	勤務先 住所 連絡先	法人名	Ⓜ					ゴム印可(正式名称を ご記入ください)
		施設 (事業所)						
		所在地	〒	—	県	市		
		TEL	—	—	FAX	—	—	
		E-Mail						
⑥	施設(事業所) 管理(代表)者	役職名	氏名	Ⓜ				
⑦	申込看護師	入職年月日	年	月	日	雇用形態	常勤・非常勤(時間/W)	
⑧	施設(事業所)内 申し込み状況	申込者数						
		名						
		医療的ケア教員講習会(指導看護師養成研修)修了者	今期当研修機関の介護職研修受講申込者					
		いない・いる(名)	いない・いる(名)					

使用テキスト	中央法規 出版(社) 全国訪問事業協会 編集
(受講料にテキスト代を含みます)	① 新版 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 研修テキスト ② 新版 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 研修テキスト 指導者用(指導上の留意点とQ&A)

受付期間	令和6年3月1日(金) ~ 令和6年5月23日(木)
------	----------------------------