

＜介護職員等によるたんの吸引等の実施のための第 3 号研修＞
事業所 受講申込書

(1) 受講は必要事項をご記入のうえ、事業所単位でお申し込みください。

法人名： _____

事業所名： _____

事業所代表者： _____ 印

事業所種別： ①介護保険法（事業所番号） _____

②障害者総合支援法（事業所番号） _____

〒

事業所所在地： _____

連絡先： TEL _____ FAX _____

問合せ担当者名： _____

(2) 介護職員等氏名と希望の研修を受講優先順位でご記入ください。

なお、研修は下記のとおり分類していますので、希望の研修に○をご記入ください。

優先 順位	介護職員等氏名	対 象 利用者数	基本研修+ 実地研修	基本研修 のみ 20,000～ 30,000 円	実地研修 のみ 13,000円 保険料含む
1					
2					
3					
4					
5					
6					

※必要事項を記載後、広島県支部事務局まで郵送してください。