

【様式1】事業所記載申込書

MCA介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修  
(特定の者対象) 受講申込書

申込年月日：令和 年 月 日

1 本様式のとおり申込みいたします。※事業所単位でお申込ください。

事業所名			
所在地	〒		
連絡先	(電話)	(FAX)	
	(メール)	(担当者)	

※ メール もしくは FAX のどちらかのご記入をお願いします。

2 下記のとおり受講申込みいたします。

(1) 申込人数等 ※下記の事項について、合計数をご記入ください。

申込人数： 人	協力訪問看護事業所数： 箇所 (指導看護師派遣事業所数)
---------	---------------------------------

(2) 申し込み頂いた介護職員等と利用者、指導看護師派遣事業所の組合せ

※指導看護師資格について

研修を受けていない看護師の場合、事前にお問合せください。

受講番号	受講者氏名	利用者氏名	指導看護師派遣事業所名	指導看護師資格
1	(フリガナ)	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2	(フリガナ)	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3	(フリガナ)	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4	(フリガナ)	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5	(フリガナ)	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

6組以上お申込みの場合は、当様式を必要部数印刷し御使用ください。その場合、2枚目以降は(2)のみに記載し、「受講優先順位」の数字を1枚目からの連番になるように訂正記入した上で、1枚目と合わせてホチキス止めをして、御提出ください。