令和６年度　介護職員による喀痰吸引等の基本研修（不特定多数の者を対象とする【第一・二号研修】）

受講申込書

令和６年　　　月　　　日

医療法人徳洲会北海道介護教育研修

〒065-0007

北海道札幌市東区北7条東18丁目2-30

☎（011）753-0011

受講申し込み施設・事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| 運営主体の名称施設・事業所の名称 |  |
| 施設・事業所の種別 |  |
| 施設・事業所の長（職・氏名） |  |
| 担当者 | 職・氏名 |  |
| 連絡先 | ℡：　　　　　　　　　　　Fax： |

※「施設・事業所の種別」には、特別養護老人ホーム・老人保健施設・訪問介護事業所・認知症対応型共同生活介護事業所・有料老人ホーム・障碍者支援施設・特別支援学校等を記入してください。

※施設・事業所単位で申し込んで下さい。訪問介護事業所・認知症対応型共同生活事業所等の「施設・事業所の長」は、当該事業所の管理者になります。

社会福祉士及び介護福祉士法附則第4条第2項の規定に基づき、当施設・事業所に就業している介護職員等について、認定特定行為業務従事者として北海道知事の認可を受けたいので、次の通り当該介護職員等の受講を申し込みます。

記

研修受講申込者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 優先順位　　1 |  | 性別男・女 | 実施研修課程第一第二号研修 |
| 自宅住所　〒　 ― 　　連絡先℡  | 生年月日　（　　　才）（昭和・平成）　　年　　月　　日 |
| 　　2 |  | 性別男・女 | 実施研修課程第一第二号研修 |
| 自宅住所　〒　　― 連絡先℡ | 生年月日　（　　　才）（昭和・平成）　　年　　月　　日 |
| 　　3 |  | 性別男・女 | 実施研修課程第一第二号研修 |
| 自宅住所　〒　　― 連絡先℡  | 生年月日　（　　　才）（昭和・平成）　　年　　月　　日 |

※2名以上の受講を申し込む場合には、優先順位の高い順に記入して下さい。