

**介護職員等の喀痰吸引等研修（特定の者対象）【第3号研修】**  
**受講申込書（事業所）**

申込年月日：令和      年      月      日

■申込事業所

|                |         |   |
|----------------|---------|---|
| 【法人名】          |         |   |
| 【事業所名】         | 【代表者名】  | 印 |
| 【事業所種別】 介護保険法： | 事業所番号：  |   |
| 障害者総合支援法：      | 事業所番号：  |   |
| 【所在地】 〒        |         |   |
| 【電話番号】         | 【FAX番号】 |   |
| 【担当者名】         |         |   |

■申込内容

(1) 申込人数

| 受講人数 | 人 | 実地研修<br>予定組数 | 組 | 実地研修<br>指導看護師派遣協力<br>訪問看護事業所数 | か所 |
|------|---|--------------|---|-------------------------------|----|
|      |   |              |   |                               |    |

(2) 申込をする介護職員と利用者と指導看護師派遣事業所の組み合わせ

[ラピオン記入欄]

| 受講者番号<br>基本・実地 | 受講者氏名 | 利用者氏名 | 指導看護師派遣事業所名 |
|----------------|-------|-------|-------------|
| —<br>基・実       | (加)   | (加)   | 事業所名        |
|                |       |       | 電話番号        |
| —<br>基・実       | (加)   | (加)   | 事業所名        |
|                |       |       | 電話番号        |
| —<br>基・実       | (加)   | (加)   | 事業所名        |
|                |       |       | 電話番号        |
| —<br>基・実       | (加)   | (加)   | 事業所名        |
|                |       |       | 電話番号        |
| —<br>基・実       | (加)   | (加)   | 事業所名        |
|                |       |       | 電話番号        |

※行が足りない場合は、複数枚にご記入ください。(2枚目以降は本表のみ記入)