**令和４年度 介護職員等による喀痰吸引等(不特定多数の者対象)の指導者研修**

**≪ 受講申込書 ≫**

　社会福祉法人山口県社会福祉協議会　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　（法 人 名）

（事業所名）

　　　　　　　　　　　　（所属長氏名） 　　　　　　　　　　　 印

このことについて、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  | | |
| 氏　名 | (姓) | (名) | | |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　年　　　月　　　日 | | | ※氏名・生年月日は修了証  明書に記載されますので、  正確に記入してください。 |
| 本人緊急連絡先 | ―　　　　　　　― | | | |
| 事業所名 |  | | | |
| 事業所住所 | 〒　　　－ | | | |
| 事業所連絡先 | ＴＥＬ： | | | |
| 現在の勤務地  （施設種別）  該当するものに○ | １　特別養護老人ホーム　　　　 ２　介護老人保健施設  ３　介護医療院　　　　　　　　 ４　グループホーム  ５　有料老人ホーム　　　　　　 ６　障害者（児）支援施設  ７　重症心身障害者（児）施設　 ８　介護療養型医療施設  ９　病院・診療所（８以外の医療機関）  10　その他  （具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） | | | |
| 保有資格  該当するものに○ | １．医師　　２．看護師　　３．保健師　　４．助産師 | | | |
| 職　歴  医師、看護師、保健師、助産師としての臨床等での実務経験年数 | | | 年　　　か月 | |
| 今後、研修講師として協力できますか | | | できる　・　できない | |
| 当センターからのテキスト購入希望 | | | 希望する　・　希望しない | |

※　保有資格において、准看護師は対象外です。

**＜申込期日＞**

**令和４年６月３日（金）郵送必着**

**※申込期日を過ぎた申込みはお断りさせていただきます。**