

令和 年 月 日

令和6年度和歌山 YMCA 喀痰吸引等研修(第一号、第二号)研修 受講申込書

このことについて下記のとおり申し込みます。

なお、この研修のうち実地研修については、施設長(管理者)が最終的な責任を持って安全確保のための体制の整備を行ない、利用者の安全を第一に実施します。

ご希望を選択(○をして下さい) ①第1号研修 ②第2号研修 ③追加行為課程(実地研修)

1 受講申込者(同一法人内申込順位: 位 名中) *複数名申込む場合は、申込順位を記載。

ふりがな 氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日
所属	サービース種 別				
1. 介護職員としての通算経過年数 ()年()ヶ月					
2. 介護福祉士資格(あり なし)					

*氏名・生年月日は修了証明書等の作成時に使用しますので、正確に記載してください。

2 演習及び実地研修の指導講師

ふりがな 氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日
保有資格	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師 *准看護師は除く				
所属	1. 自施設・事業所 2. 系列の施設・事業所() 3. 協力施設・事業所等()→承諾書の添付必要				
指導者講 習受講状 況	平成23～令和5年度に和歌山県、他の都道府県、登録研修機関等が実施した 指導者講習 → 修了証の写しを添付してください。				
	令和6年度に和歌山県が実施する指導者講習 → 受講申込を行ってください ※医師は医師免許を、保健師、助産師、看護師は看護師免許の写しを添付してください。				

3 実地研修場所

実地研修実地場所	1. 自施設・事業所 2. 系列の施設・事業所 3. 協力施設・事業所等 →承諾書の添付必要
施設・事業所の概要 * 自施設・事業所の場 合は、記載省略可	施設・事業所名
	所在地 〒
	代表者職・氏名

法 人 名 住 所 代 表 名	郵便番号	印
申込担当者 職・氏名	電話	
	FAX	