

青森県知事 三村申吾 殿

施設名・事業所名 _____

代表者職・氏名 _____ 印

平成29年度青森県喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修)及び
指導者講習の伝達講習の申込みについて

標記研修について、下記書類を添えて申込みします。

記

- 1 別紙様式2-1(新規受講者用) _____ 部
- 2 別紙様式2-2(認定特定行為業務従事者用) _____ 部
- 3 別紙様式3及び資格証の写し _____ 各 部
- 4 介護職員の写真(3cm×2.4cm) _____ 枚
- 5 介護職員の受講優先順位及び受講を希望する回

| 優先順 | 職員氏名 | 受講希望回 | |
|-----|------|-------|-----------|
| 1 | | 希望回 | 第1回目・第2回目 |
| 2 | | 希望回 | 第1回目・第2回目 |
| 3 | | 希望回 | 第1回目・第2回目 |
| 4 | | 希望回 | 第1回目・第2回目 |
| 5 | | 希望回 | 第1回目・第2回目 |

5 伝達講習の受講を希望する回 (※伝達講習を申込みした者のみ記入)

| | |
|-----|-----------|
| 希望回 | 第1回目・第2回目 |
| 希望回 | 第1回目・第2回目 |

※申込みの状況により、受講回を調整させていただく場合があります。

