

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。

