

青森県知事 宮下 宗一郎 殿

施設名・事業所名 _____

代表者 職・氏名 _____

令和8年度半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演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2-3(半固形化栄養剤) _____ 部

2 介護職員の受講優先順位

優先順位	職員氏名	受講者属性	受講希望回(希望日)	
1		一・二号 研修申込者 ・ 既認定者	9/1(火)・9/2(水)	午前 ・ 午後
2		一・二号 研修申込者 ・ 既認定者	9/1(火)・9/2(水)	午前 ・ 午後
3		一・二号 研修申込者 ・ 既認定者	9/1(火)・9/2(水)	午前 ・ 午後
4		一・二号 研修申込者 ・ 既認定者	9/1(火)・9/2(水)	午前 ・ 午後
5		一・二号 研修申込者 ・ 既認定者	9/1(火)・9/2(水)	午前 ・ 午後

受講者属性・受講希望回の該当項目を○で囲んでください。

申込者が定員を超えた場合は、優先順位に基づき調整させていただきます。

※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。

令和 8 年 5 月 8 日

青森県知事 宮下 宗一郎 殿

提出する年月日を記入すること

施設名・事業所名 特別養護老人ホームあおもり荘

代表者 職・氏名 施設長 黒石 六郎

令和8年度半固形化栄養剤使用による経管栄養追加演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2-3(半固形化栄養剤) 3 部

2 介護職員の受講優先順位

優先順位	職員氏名	受講者属性	受講希望回(希望日)
1	青森 五郎	一・二号 研修申込者・既認定者	9/1(火)・9/2(水) 午前・午後
2	弘前 一郎	一・二号 研修申込者・既認定者	9/1(火)・9/2(水) 午前・午後
3	八戸 二郎	一・二号 研修申込者・既認定者	9/1(火)・9/2(水) 午前・午後
4		一・二号 研修申込者・既認定者	9/1(火)・9/2(水) 午前・午後
5		一・二号 研修申込者・既認定者	9/1(火)・9/2(水) 午前・午後

受講者属性・受講希望回の該当項目を○で囲んでください。

申込者が定員を超えた場合は、優先順位に基づき調整させていただきます。

※ 6名以上申し込む場合は、行をコピーして追加してください。

※ 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。