

青森県知事 三 村 申 吾 殿

施設名・事業所名 \_\_\_\_\_

代表者 職・氏名 \_\_\_\_\_

令和5年度青森県喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修)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 介護職員の写真(縦3cm×横2.4cm)2枚 \_\_\_\_\_ 人分
- 3 介護職員の受講優先順位及び受講希望回

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

受講希望回を○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 5 年 5 月 10 日

青森県知事 三村 申吾 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5年度青森県喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修)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) 3 部
- 2 介護職員の写真(縦3cm×横2.4cm)2枚 3 人分
- 3 介護職員の受講優先順位及び受講希望回

優先順位	職員氏名	受講希望回
1	青森 五郎	○第1回目・第2回目
2	弘前 一郎	第1回目・○第2回目
3	八戸 二郎	第1回目・○第2回目
4		第1回目・第2回目
5		第1回目・第2回目

受講希望回を○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。

青森県知事 三村申吾 殿

施設名・事業所名 \_\_\_\_\_

代表者 職・氏名 \_\_\_\_\_

令和5年度認定特定行為業務従事者実地研修前講座・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2-2(認定特定行為業務従事者用) \_\_\_\_\_ 部

2 介護職員の受講優先順位

優先順位	職員氏名
1	
2	
3	
4	
5	

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。

令和5年 5月 10日

青森県知事 三村申吾 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5年度認定特定行為業務従事者実地研修前講座・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2-2(認定特定行為業務従事者用) 3部
- 2 介護職員の受講優先順位

優先順位	職員氏名
1	青森 五郎
2	弘前 一郎
3	八戸 二郎
4	
5	

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。

青森県知事 三村申吾 殿

施設名・事業所名 \_\_\_\_\_

代表者 職・氏名 \_\_\_\_\_

令和5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	9/7(木)・9/8(金)	午前 ・ 午後
2		一・二号 研修申込者 ・ 既認定者	9/7(木)・9/8(金)	午前 ・ 午後
3		一・二号 研修申込者 ・ 既認定者	9/7(木)・9/8(金)	午前 ・ 午後
4		一・二号 研修申込者 ・ 既認定者	9/7(木)・9/8(金)	午前 ・ 午後
5		一・二号 研修申込者 ・ 既認定者	9/7(木)・9/8(金)	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5年5月10日

青森県知事 三村申吾 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5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	<input checked="" type="radio"/> 一・二号 研修申込者	<input checked="" type="radio"/> 既認定者	9/7(木)・9/8(金) 午前・ <input checked="" type="radio"/> 午後
2	弘前 一郎	<input type="radio"/> 一・二号 研修申込者	<input checked="" type="radio"/> 既認定者	9/7(木) <input checked="" type="radio"/> 9/8(金) <input checked="" type="radio"/> 午前・午後
3	八戸 二郎	<input checked="" type="radio"/> 一・二号 研修申込者	<input type="radio"/> 既認定者	9/7(木) <input checked="" type="radio"/> 9/8(金) 午前・ <input checked="" type="radio"/> 午後
4		<input type="radio"/> 一・二号 研修申込者	<input type="radio"/> 既認定者	9/7(木)・9/8(金) 午前・午後
5		<input type="radio"/> 一・二号 研修申込者	<input type="radio"/> 既認定者	9/7(木)・9/8(金) 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。

青森県知事 三 村 申 吾 殿

施設名・事業所名 \_\_\_\_\_

代表者 職・氏名 \_\_\_\_\_

令和5年度人工呼吸器追加講座・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2-4(人工呼吸器) \_\_\_\_\_ 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
1		一・二号 研修申込者 ・ 既認定者
2		一・二号 研修申込者 ・ 既認定者
3		一・二号 研修申込者 ・ 既認定者
4		一・二号 研修申込者 ・ 既認定者
5		一・二号 研修申込者 ・ 既認定者

受講者属性の該当項目を○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。

令和 5 年 5 月 10 日

青森県知事 三村申吾 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5年度人工呼吸器追加講座・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2-4(人工呼吸器) 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
1	青森 五郎	一・二号 研修申込者 <input checked="" type="radio"/> 既認定者
2	弘前 一郎	一・二号 研修申込者 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 既認定者
3	八戸 二郎	一・二号 研修申込者 <input checked="" type="radio"/> 既認定者
4		一・二号 研修申込者 <input type="radio"/> 既認定者
5		一・二号 研修申込者 <input type="radio"/> 既認定者

受講者属性の該当項目を○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。