21障福(５・６・７・１２　)指伝―１　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

受講される月に〇をつけてください。第1回→５

指導者（看護師等）育成伝達講習会（第１～４回）

**受講申込書　（郵送にてお申し込みください）**

特定非営利活動法人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | |  | | | | | | |
| 生年月日・年齢 | | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日生　（　　　）歳 | | | | | | |
| 現在の勤務先 | | 設置主体名 | | | | 事業所名 | | |
| 所在地：〒  TEL　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | | | |
| 現在の勤務先  の事業所種別 | |  | | | 役職  推薦者名 | |  | |
| 保有資格 | | １．医師　　　２．保健師　　３．助産師　　４．看護師　　　該当○ | | | | | | |
| 免　許 | | 取得年月日：　昭和・平成　　　　　年　　　月　　　日  免許番号： | | | | | | |
| ＜　同　意　書　＞  私は、喀痰吸引等指導者育成伝達講習会を受講したことについて神奈川県への名簿の登録及  び必要に応じた登録研修機関への研修修了登録簿の提供について同意いたします。  　令和　　年　　月　　日  所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（必須） | | | | | | | | |
| 職　歴 | 名　称 | | 業務内容 | | | | | 従事期間（年月） |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
| 指導の予定 | あり　　　なし | | 指導先 | 自事業所　　他（　　　　　　　　　） | | | | |
| ＊主免許状の写しを添付して下さい。  ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きのみに使用させて頂きます。 | | | | | | | | |