

事業所用受講申込書

Avrilアカデミー

喀痰吸引等行為の個別研修 第3号研修（特定の者）

事業所名	
事業所住所	〒
連絡先	電話： FAX： メールアドレス： 問合せ担当者:

下記の通り申しこみ致します。なお、提出書類の記入事項に明らかな誤りがある時には、ご連絡を頂いた上で当該事項について貴会が加筆修正することに同意致します。

○申し込み人数 計 人

○指導看護師等派遣事業所数 力所

申し込みいただいた介護職員と利用者、指導看護師等派遣事業所の組み合わせを下記の表にご記入ください。

	介護職員等の氏名	ご利用者の氏名	テキスト	指導看護師 派遣事業所名	指導看護師 資格	
1	フリガナ:	フリガナ:	要		有	無
			不要			
2	フリガナ	フリガナ	要		有	無
			不要			
3	フリガナ	フリガナ	要		有	無
			不要			
4	フリガナ	フリガナ	要		有	無
			不要			
5	フリガナ	フリガナ	要		有	無
			不要			

※1枚に記載できない場合は、当様式を必要部数印刷してご使用ください。

修了に至らなかった申込関係書類は一式は、受領日より最大1年間保管し、本会で責任をもって処分させていただきます。