

様式2-1

介護職員等によるたんの吸引等実施のための研修（特定の者対象）
指導者養成研修申込書

申込日 令和 年 月 日

事業所名：_____

事業所住所：_____

ご担当者名：_____

TEL：_____ FAX：_____

受講者氏名・ _____ ・ _____ ・ _____

お申込み後のながれ

申込書（本紙）提出 → 本会より案内

→ 各自動画視聴・アンケート記入 → 本会へ提出 → 事務局にて登録・修了証送付

- ・関係書類及び修了証は、受講者（看護師等）が所属する事業所様宛に発送いたします。
- ・本申込書の有効期限は原則として「申込日」より2か月間です。期限内に受講を終了されなかった方につきましては、自動的に失効となりますのでご了承ください。
- ・本申込書を提出後、受講予定者に変更やキャンセルが生じた場合には、ご連絡下さい。
有効期限内に限り、受講者の変更等をお受けいたします。
- ・本申込書は、提出後も控えとして保管してください。

ご連絡・お問合せ先 TEL 03-6453-2916