令和６年度　喀痰吸引等研修受講申込書

（かながわ高齢協会員施設用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 氏　名 |  | 男女 | 昭和 ・ 平成年　　　月　　　日 | 歳 |
| 住　所 | 〒 |
| 職　種 | １介護職　　２介護福祉士　　３その他（　　　　　　） |
| 保有資格 | １．介護福祉士（平成28年以前に取得）　　２．（旧）介護職員基礎研修修了　　３．介護職員初任者研修修了　　　５．介護支援専門員　　　６．社会福祉士　７．その他（　　　　　　） |
| 【勤務先】 |
| 法人名 |  |
| 施設名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 連絡先 | 電　話：　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：担当者氏名： |
| 施設種別 | １介護老人福祉施設　　２介護老人保健施設　　３認知症対応型共同生活介護４特定入居者生活介護　５有料老人ホーム　　　６その他（　　　　　　　　　） |
| 実地研修指導看護師**必ず記入** | １氏　　名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（複数記入可）２保有資格　　医師　・　看護師　・　保健師　３免許番号　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）４指導看護師養成研修受講状況　　　受講機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　修了書番号　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 実地研修場所 | １自施設で実施２同一法人内の施設（事業所）で実施　名称　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名(管理者)　　　　　　　 　　　 ３県の支援事業を利用（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　※県の支援事業については（社）神奈川県高齢者福祉施設協議会事務局までご連絡下さい。 |
| 減額申請申込 | 当法人は、一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会会員施設のため、受講料の減額を申込いたします。（受講料　45,000円/人保険料込）（テキスト代2,420円） |

減額申請及び、上記の者が喀痰吸引等研修を受講することを推薦します。

令和６年　　　月　　　日

法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　施設名（事業所名）

　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名（管理者）　　　　　　　　　　　　　　　㊞