（様式１）　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和4年5月31日(火)消印有効

提出日：令和4年　　月　　日

令和4年度宮城県喀痰吸引等研修 指導者養成講習 受講申込書

宮城県社会福祉協議会長 殿

令和4年度宮城県喀痰吸引等研修事業　指導者養成講習　に申し込みます。

【施設・事業所について】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　所 | | 〒  電話 　　 FAX | | | | | | | |
| 名　称 | | 法人名  施設・事業所名 | | | | | | | |
| 種　別  （該当番号に○印） | | 1　特別養護老人ホーム | | 2　介護老人保健施設 | | 3　有料老人ホーム | | | |
| 4　認知症高齢者グループホーム | | 5　訪問介護事業所 | |  | | | |
| 6　介護療養病床等を持つ病院及び診療所 | | | |  | | | |
| 7　その他　（具体的に　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | | | | | |
| 代表者職氏名  (施設長名等) | | 職名　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印 | | | | | | | |
| 担当者職氏名 | | 職名　　　　　　　　　　　　 氏名 | | | | | | | |
| 【受講申込者について】 | | | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | | 性別 | 1 男  2 女 |
| 氏 名 | |  | | | | | |
| 生年月日 | | 昭和 ・ 平成　　　　　年　　　　月　　 　日 | | | | | | 年齢 | 歳 |
| 本人住所 | | 〒  電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話  （緊急時の連絡用に必ずご記入ください） | | | | | | | |
| 職種・役職等 | |  | | | | | | | |
| 資格 | 保有資格 | | 1　医師　　　　2看護師（准看護師を除く）　 3　保健師　　　　4　助産師 | | | | | | |
| 取 得 日 | | 昭和　・　平成　　 　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | |
| 免許番号 | |  | | | | | | |
| ※　看護師等免許の写しを添付してください。 | | | | | | | | |
| 臨床等での実務経験年数（准看護師の経験は除く） | | | | | 開催要綱（p.1-2）の申込区分（該当記号に〇印） | | | | |
| （　　　　　　）年（　　　　　　）月 | | | | | ア　　5-（1） | | イ　　5-（2） | | |

※個人情報は，本講習のみに使用します。　　　　　　　　　裏面にも記入欄がありますので，御注意ください。

**【講習受講形態】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所等で**オンラインライブ配信**での受講になります。  （Zoomミーティングを使用します。） | ※オンラインに係る詳細は，受講決定通知に同封予定です。 |

※　オンライン受講が困難な方は，宮城県社会福祉協議会研修課までご相談ください。

※　個人情報は，本講習に関することに使用し,適切に管理します。

**※　5月26日（木）までに研修受付システムにて，事前登録が必要です。**

**【演習会場への交通手段】**

該当項目を○印で囲んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 演習会場：宮城県介護研修センター  （住所：大崎市平渡字上敷19-7） | 車 |
| その他（　　　　　　　　　　　） |