令和3年度第1回東京都介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定多数の者対象）

受講者推薦・申込書【基本研修免除・実地研修のみ】

実施要項に示す「申込要件」を確認のうえ、下記の者を推薦・申し込みたいです。

申込順位	1 位		
ふりがな 氏名	ふくし 福祉 次郎		
生年月日・年齢	(昭和・平成)		
研修修了機関 【実務者研修機関等】	〇〇学院	【研修修了年月日】	令和〇年 △月××日
実地研修開始	B日程（令和3年10月頃）（いずれかに○）		
性別	(男)・女		
生年月日・年齢	〇〇年 □月 △△日生(××)歳		
研修修了機関 【実務者研修機関等】	株式会社□□サービス	証明書発行年月日 【研修修了年月日】	平成〇〇年 △月××日
実地研修開始 希望時期	A日程（令和3年7月頃）	B日程（令和3年10月頃）	(いずれかに○)
性別	男・女		
生年月日・年齢	年 月 日生()歳		
研修修了機関 【実務者研修機関等】		証明書発行年月日 【研修修了年月日】	年 月 日
実地研修開始 希望時期	A日程（令和3年7月頃）	B日程（令和3年10月頃）	(いずれかに○)

受講優先順位の高い人から推薦・申込をしてください。
 申込者の氏名【漢字】・ふりがな・生年月日等は、必ず本人に再度、確認のうえ、記載してください。
3名以上で申し込む場合は、用紙をコピーして使用してください。
必ず実地研修の修了可能な人数で申し込みをしてください。

①養成課程修了者の場合は、研修を修了した「研修機関名」又は「学校名」等を、第2号研修修了者の場合は、研修を修了した「研修機関名【登録研修機関等】」を記載してください。
 ②必ず申込者全員の「基本研修修了証明書（実務者研修修了証明書）」等又は「第2号研修修了証明書」のコピーを必ず添付してください。

実地研修開始を希望する時期を○で囲んでください。
 指導予定の看護師が、当財団で実施予定の指導看護師研修を受講・修了した上で実地研修を開始する場合はB日程となります。
受講決定後、希望開始時期の変更がある場合、事務局にご連絡ください。

※受講申込者（基本研修免除対象者）全員の「研修修了証明書」等のコピーを必ず添付してください。

申込者の氏名【漢字】・ふりがな・生年月日等は、必ず本人に確認のうえ、記載してください。

3名以上で申し込む場合は、用紙をコピーして使用してください。

必ず実地研修の修了可能な人数で申し込みをしてください。

※虚偽の申込・申請等があった場合、受講申込者全員の研修受講が取り消されますのでご注意ください。