

令和4年度第3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（特定の者対象）【実地研修のみ】受講推薦書兼受講申込書

申込年月日：令和 4 年 9 月 25 日

1 本様式のとおり推薦いたします。※事業所単位でご推薦・受講申込ください。

設置主体（法人名） ※正式名称でご記入ください。		特定非営利活動法人 新宿西会	
推薦者（事業所名） ※正式名称でご記入ください。		重度訪問介護事業所東京ホーム新宿西	
事業所代表者（氏名）		福 社 一 郎	
事業所 種別	介護保険法 （例）訪問介護	訪問介護	事業所 番号 1 3 7 0 0 0 0 0 0 0 ※介護保険法の指定を受けている場合は必ずご記入ください。
	障害者総合 支援法 （例）重度訪問介護	居宅介護 重度訪問介護	事業所 番号 1 3 1 0 0 0 0 0 0 0 ※障害者総合支援法の指定を受けている場合は必ずご記入ください。
事業所所在地		〒163-0718 東京都新宿区西新宿2-7-1	
事業所電話番号		03-3344-8629	事業所FAX 03-3344-8593

2 下記のとおり受講申込みいたします。

（1）申込人数等 ※下記の事項について、合計数をご記入ください。

申込人数： 2 人	申込組数： 4 組 （実地研修実施予定組数）	協力訪問看護事業所数： 2 か所 （指導看護師派遣事業所数）
-----------	---------------------------	-----------------------------------

（2）受講を申し込む介護職員等と利用者と指導看護師派遣事業所の組合せ

各組み合わせの受講優先順位順にご記入ください。※様式1-3の（2）利用者の順位と整合させること。

受講 優先順位	受講者氏名	利用者氏名	指導看護師派遣事業所名
1 位	(フリガナ) カイゴ ジロウ 介護 次郎	(フリガナ) トウキョウ モモコ 東京 桃子	(法人名) 医療法人社団●●会 (事業所名) 訪問看護ステーション●●
	(フリガナ) ロウケン ハナコ 老健 花子	(フリガナ) トウキョウ モモコ 東京 桃子	(法人名) 医療法人社団●●会 (事業所名) 訪問看護ステーション●●
3 位	(フリガナ) カイゴ ジロウ 介護 次郎	(フリガナ) タマ サブロウ 多摩 三郎	(法人名) 株式会社 ▲▲▲ (事業所名) ▲▲▲訪問看護ステーション
	(フリガナ) ロウケン ハナコ 老健 花子	(フリガナ) タマ サブロウ 多摩 三郎	(法人名) 株式会社 ▲▲▲ (事業所名) ▲▲▲訪問看護ステーション
5 位	(フリガナ)	(フリガナ)	(法人名) (事業所名)

6組以上お申込みの場合は、当様式を必要部数印刷しご使用ください。その場合、2枚目以降は（2）のみに記載し、「受講優先順位」の数字を1枚目からの連番になるように訂正記入した上で、1枚目と合わせてホチキス止めをして、ご提出ください。