

【重度訪問介護従業者養成研修 申込書】

申込日 年 月 日

| | | |
|-----------------------|--|------|
| 名 前 | フリガナ | 生年月日 |
| | | |
| 住 所 | | |
| 所属事業所名 | | |
| 所属事業所住所 | | |
| 所属事業所電話番号 | | |
| 損害賠償保険加入有無 | 有 ・ 無 ※無いと受講することができません。 事業所所属でない場合はご相談ください。個人負担での加入となります。 | |
| 現在、保有資格はありますか？ | <介護の経験> あり ・ なし <保有資格> | |
| 受講理由 | ・ 現在研修を受講後すぐに入る予定の利用者様がいる。 ・ 受講後すぐに吸引等実地研修が行える。 ・ 実地研修実施機関と交渉が必要なため未定。 ・ 医療的ケアは必要がない利用者様に入る予定 ・ すぐではないが入る予定の利用者様がいる。 ・ それはいつ頃の予定ですか？（ 年 月頃） ・ 必要な人ができた時のために資格を取っておきたい。 ・ 事業所に所属はしていますか？ あり ・ なし | |
| 受講にあたり、疑問点、不安等がありますか？ | | |

・ 上記の受講に参加することを承認します。

事業所長名

(事業所所属でない場合は本人署名か自薦利用者)

印