

・不明な点がございましたら、電話にて問い合わせください。（045-311-8742）

**特定非営利活動法人**

**フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会**

＜お問い合わせ先＞

〒221-0844横浜市神奈川区沢渡４－２

神奈川県社会福祉会館内

電話：045-311-8742 Fax：045-324-8985

Eメール：jimukyoku@kenshikyou.jp

H P：<http://www.kenshikyou.jp>

県障福H2711指伝－1　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成２７年　　月　　日

**受講申込書　（郵送にてお申し込みください）**

特定非営利活動法人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | |  | | | | | | | |
| 生年月日・年齢 | | （西暦）　　　　年　　　月　　　日生　（　　　）歳 | | | | | | | |
| 現在の勤務先 | | 設置主体名 | | | | 事業所名 | | | |
| 所在地：〒  TEL　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | | | | |
| 現在の勤務先  の事業所種別 | |  | | 役職  推薦者名 | | |  | | |
| 保有資格 | | １．医師　　　２．保健師　　３．助産師　　４．看護師　　　該当○ | | | | | | | |
| 免　許 | | 取得年月日：（西暦）　　　　年　　　月　　　日  免許番号：  発行： | | | | | | | |
| 職　歴 | 名　称 | | 業務内容 | | | | | 従事期間（年月） | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
| 指導の予定 | あり　　　なし | | 指導先 | | 自事業所　　他（　　　　　　　　　） | | | | |
| その他  （該当に〇） | 既に他法人に従事する介護職員に喀痰吸引等について講師を担う予定がある。 | | | | | | | |  |
| 今後、他法人に従事する介護職員に喀痰吸引等について講師を依頼された場合、引き受けることが可能である。 | | | | | | | |  |
| 他法人から委託を受け、既に実地研修等の講師を行ったことがある。 | | | | | | | |  |
| 他法人から講師の委託を受けた場合の講師料を定めている。  定めている場合、その金額について記載すること。　　　　当り　　　　円 | | | | | | | |  |
| 指導講師のための主免許状の写しを添付して下さい。  ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きのみに使用させて頂きます。 | | | | | | | | | |

・「指導看護師履歴の管理・公表に関する同意書について」の**「同意書」**を添付してください。