別紙２

【様式 12（インストラクター用）】

講習会開催申請書

年　　月　　日

一般社団法人医療ネットワーク岡山協議会

会　　長　　殿

申請者（インストラクター）

施 設 名	
部　　署	
役　　職	
氏　　名	印
T　E　L	

下記の職員に対し、講習会を開催いたします。

	氏名	職種 ※下記職種リストから番号を記入	受講予定日	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※職種リスト

番号	資格名
10	医師
20	歯科医師
40	薬剤師
30	看護師
26	助産師
53	保健師
32	管理栄養士
25	栄養士
21	歯科衛生士
22	歯科技工士
27	診療放射線技師

番号	資格名
28	診療ｴｯｸｽ線技師
29	救急救命士
31	理学療法士（PT）
36	作業療法士（OT）
37	言語聴覚士（ST）
38	視能訓練士（ORT）
42	義肢装具士
43	臨床工学技士
34	臨床検査技師
44	衛生検査技師
35	精神保健福祉士

番号	資格名
51	社会福祉士
52	介護福祉士
70	消防関係者
83	システム管理者
84	事務(医師事務作業補助者)