

平成30年度喀痰吸引等研修(第一号・第二号)受講申込書

受講者(本人)記入欄

申込日: 平成 年 月 日

希望会場	<input type="checkbox"/> 第5回:元総社キャンパス		<input type="checkbox"/> 第6回:両毛サテライトキャンパス	
ふりがな			生年月日	
氏名	男・女		昭和	平成
			年	月 日
本人連絡先	住所	〒 -		
	TEL	( ) -	携帯	-
勤務先	施設・事業所名			
	所在地	〒 -		
	TEL	( ) -		
	FAX	( ) -		
施設・事業所種別	(例:特別養護老人ホーム、障害者支援施設等)			
保有資格	1. 介護福祉士 2. 介護職員基礎研修修了 3. 訪問介護員( )級課程修了 4. その他( ) ※申込時に資格証・修了証の写しを必ず同封してください。			
経験年数	年 カ月			
申込み種別	1. 基本研修(講義・演習)		2. 基本研修(演習)	
			3. 実地研修のみ	
受講の一部免除に関する 研修履修の有無	1. 無 2. 有 (修了研修の名称: ) ※申込時に修了証の写しを必ず同封してください。			

事業所管理者等記入欄

実地研修先(登録事業者)の確保について	1. 勤務先事業所 2. 同法人内の他事業所 3. その他( )			
施設・事業所で実地研修が可能な行為について	1. 第一号研修・第二号研修内容(該当項目に○をつけてください) [ 喀痰吸引: 口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部 ] [ 経管栄養: 胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養 ] ※第一号研修は全項目です。第二号は部分実施です。 2. 経管栄養について 実地研修の中で半固形タイプの栄養剤の使用予定 [ 有 ・ 無 ] 3. 登録事業所申請予定 年 月			
指導看護師氏名	※複数いる場合は、代表者のみを記入してください。 ※指導者研修修了証のコピーを添付してください。			
指導看護師勤務先	施設・事業所名			
	所在地	〒 -		
指導者研修の修了	研修機関			
	修了証書番号			

以上のとおり、喀痰吸引等研修の受講を申し込みます。

平成 年 月 日

施設・事業所管理者名