

## 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

ふりがな			男・女	生年月日	
氏名				昭和 平成	年
本人連絡先	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( )				
経験年数	年                      月				
他の喀痰吸引等に関する 研修の履修の有無		1. 有      2. 無 (修了研修の名称: )			
<b>事業所管理者等記入欄</b>					
実地研修先の確保について		1. 勤務先事業所    2. 同法人内の他事業所    3. その他( )			
施設・事業所で可能な実地 研修について (該当番号に○をつけてください)		1. 第一号研修 [  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        ] 2. 第二号研修 [  喀痰吸引:            口腔内、鼻腔内                            ] [  経管栄養:            胃ろう又は腸ろう                           ]			
指導看護師 氏名			※複数いる場合は、代表者のみを記入		
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				

上記のとおり、医療的ケア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