

第2回 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	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()				
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:)				
事業所管理者等記入欄					
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 ※指導者研修修了証のコピーを添付		
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