

平成29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1回元総社キャンパス <input type="checkbox"/> 第2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( )	
経験年数	年 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: )	

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

