

令和6年度喀痰吸引等研修(第一号・第二号)受講申込書

エクセル版の申込書は、ホームページに掲載しております。

群馬社会福祉専門学校 (<http://www.shoken-gakuen.ac.jp/college/>) > 喀痰吸引等研修

受講者(本人)記入欄

申込日: 令和 年 月 日

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	- -
	メールアドレス			
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. 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 月			
受講方法 (講義9日間)	1. 対面(元総社のみ)		2. オンライン(ZOOM)	
	3. 講義なし(免除)			
参加会場 (演習4日間)	1. 元総社会場		2. 両毛サテライト会場	
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。

令和 年 月 日

施設・事業所管理者名

㊞