

受付No.	
-------	--

喀痰吸引等研修(第三号研修) 基本研修 受講申込書

※本申込書に記載された事項につきましては、受講申込書の内容確認 書類送付及び研修に基づく修了証の作成 以外には使用いたしません。

受講希望日	2023 年 月 日		
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
受講生氏名 <small>※正確に記入してください</small>		生年月日	(西暦) 年 月 日
ご自宅住所	〒		
受講者連絡先	☎	※平日の日中に連絡がつく電話番号を記入してください	
保有資格	<input type="checkbox"/> 1. 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 2. 実務者研修修了 <input type="checkbox"/> 3. 初任者研修修了 <input type="checkbox"/> 4. その他 ( )		
現在従事している 事業所  ※正式名称を記入 してください	法人名		
	事業所名		
	所在地	〒	
	連絡先	☎	研修 担当者
	事業種別	<input type="checkbox"/> 1.障がい者支援施設 <input type="checkbox"/> 2.居宅サービス事業所 ( <input type="checkbox"/> 高齢 ・ <input type="checkbox"/> 障がい ) <input type="checkbox"/> 3.その他 ( )	

実地研修

対象者氏名 <small>(住民票と同じ表記で 記入してください)</small>		利用者の同意	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
行為種別	喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内吸引 (人工呼吸器装着者) <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 (人工呼吸器装着者) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部吸引 (人工呼吸器装着者)	経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (方法) <input type="checkbox"/> 滴下 <input type="checkbox"/> 半固形  <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
指 導 看 護 師	氏 名	※指導看護師が複数の場合は全員の氏名を記入してください。	
	事業所名		
	所在地	〒	
	連絡先	☎	問合せ 担当者
	保有資格	<input type="checkbox"/> 指導者講習会修了 <input type="checkbox"/> 医療的ケア教員講習会修了 <input type="checkbox"/> 資格なし	
看護師経験年数	年	※看護師免許・資格証の写しの提出をお願いします。	