

平成29年度 介護職員のためのたん吸引研修 喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）

介護職員基本研修《免除》・実地研修 受講申込書

1 受講希望介護職員氏名

(ふりがな) 氏名	生年月日	郵便番号・住所	
		電話番号	
()	昭和 平成 年 月 日	〒	—
		TEL	— —
保有資格			

2 勤務先事業所名等

事業所名	(事業所番号:)		
	事業所種別 (例: 通所介護 等)		
所在地	(郵便番号) 〒	—	
連絡先	(電話番号)	— —	(FAX番号) — — —
	(メールアドレス)		
担当者氏名	@		

3 介護福祉士実務者研修「医療的ケア」（50時間）実施について

研修機関名		所在地	
研修修了日		修了証書	有 ・ 無 ※写しを添付

実地研修先の確保について

研修先	※該当する番号に○を付けてください。2、3の場合は () 内に事業所名を記入してください。 1 所属施設・事業所 2 同法人内の他の施設・事業所 3 その他、協力事業所等 () ()					
指導看護師	氏名					
	勤務先					
	修了した指導看護師養成研修	受講年度	平成	年度		
実施可能な 実地研修 (利用者状況)	※第一号または第二号にレ点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 第一号研修 ①から⑤全て <input type="checkbox"/> 第二号研修 ①から⑤のうち、希望する項目の欄にレ点をつけてください。					
	項目	利用者数※	研修希望	項目	利用者数	研修希望
	① 口腔内吸引	名		④ 胃ろう又は腸ろう経管栄養	名	
	② 鼻腔内吸引	名		⑤ 経鼻経管栄養	名	
	③ 気管カニューレ内部吸引	名				
	人工呼吸器装着者	有 ・ 無 ※人工呼吸器の種類 : マスク型 ・ 気管カニューレ				
※ : 実地研修の実施に同意を得られる予定の利用者数 (申込時点での人数) を記入してください。						

上記のとおり、喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）の受講を申し込みます。

平成 年 月 日 施設長・事業所管理者名 _____ 印