

令和6年度 喀痰吸引等研修 申込書

1 研修種別(申込む研修に☑チェックを入れて下さい。)

介護職員のための喀痰吸引等研修 (第一・二号、 第三号) ⇒(2, 3, 4, 7 にご記入下さい。)
 指導看護師養成研修 (第一・二号、 第三号) ⇒(2, 3, 6, 7 にご記入下さい。)
 実地研修(基本研修《免除》) (第一・二号、 第三号) ⇒(2, 3, 4, 5, 7 にご記入下さい。)

2 受講希望者氏名

ふりがな		住所	〒	-	()	
氏名			TEL		-	
生年月日	昭・平 年 月 日	保有資格				

3 勤務先事業所名

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

4 実地研修先について ※事前に準備が必要です。

研修先	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	
	()		()		()	
	※該当する番号に○を付けて下さい。2. 3の場合は()内に事業所名を記入して下さい。					
実施可能な実地研修	第一号研修 /		第二号研修 /		第三号研修 ※ ○で囲んで下さい。	
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・令和 年度		
			研修機関名			
実施可能な実地研修 (利用者状況)	☐第一号研修 ①から⑤全て ☐第二号研修 ☐第三号研修 ①から⑤のうち、希望する項目の欄にレ点をつけて下さい。					
	項目	利用者数※	研修希望	項目	利用者数※	研修希望
	① ☐腔内吸引	名	<input type="checkbox"/>	④-1 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)	名	<input type="checkbox"/>
	② ☐鼻腔内吸引	名	<input type="checkbox"/>	④-2 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形化栄養剤)	名	<input type="checkbox"/>
	③ ☐気管カニューレ内部吸引	名	<input type="checkbox"/>	⑤ 経鼻経管栄養	名	<input type="checkbox"/>
	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)を記入して下さい。						

5 基本研修免除について

修了研修名	基本研修 <input type="checkbox"/> 第一・二号 / <input type="checkbox"/> 第三号	介護福祉士実務者研修 / 介護福祉士実務者研修 / 重度訪問介護従事者養成研修統合課程	※○で囲んで下さい。	研修機関名	
研修修了日	平成・令和 年 月 日	修了証書	有・無 ※写しを添付		

6 指導に当たる介護職員について(予定)

介護職員	氏名	勤務先	
実地研修先	1 介護職員の所属施設・事業所		2 介護職員の所属する法人内の施設・事業所
	()		() ()
	※該当する番号に○を付けて下さい。2. 3の場合は()内に事業所名を記入して下さい。		
実施可能な実地研修	第一号研修 /		第二号研修 / 第三号研修 ※○で囲んで下さい。

7 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。
 第三号研修

令和 年 月 日

施設長・事業所管理者名

役職名

氏名

印