様式－3

※ 修了行為から１年以上経過し未修了行為の実施を開始する場合

喀痰吸引等研修（不特定多数の者対象）

受 講 申 込 書 〔 行為別修了 〕

受講番号		申込日： 年 月 日		
ふりがな			性 別	男 ・ 女
氏 名	㊞			
生年月日 年 齢	昭和 平成 年 月 日（ 才）	保有資格		
		介護職歴	年 ヶ月	
現住所 連絡先	住所	〒 － 県 市		
	TEL	－ －	FAX	－ －
	携帯	－ －	E-Mail	

※下記太枠内は、施設（事業所）管理（代表）の方がご記入ください。（推薦書も兼ねています）

勤務先 住 所	法人名 施設(事業所)			
	所在地	〒 －		
	TEL		FAX	
	E-Mail			
施設(事業所) 管理(代表)者	役職名		氏 名	㊞

※ 研修を希望する未修了行為に○印をご記入ください

実施場所	□ 所属施設内 □ 同一法人及び系列施設 □ その他		
	所属施設以外の場合	施設種類	名称

特定行為	研修希望	取得済の場合は 取得年月日	特定行為	研修希望	取得済の場合は 取得年月日
口腔内吸引			胃ろう・腸ろう経管栄養		
鼻腔内吸引			半固形化栄養剤注入式		
気管カニューレ内部吸引			経鼻経管栄養		
人工呼吸器装着者	無 / 有		＊ 人工呼吸器の種類 ： マスク / 気管切開		

指導看護師の 状況	氏 名	
	医療的ケア教員講習会受講状況 （指導看護師養成研修） ※複数の場合は主となる看護師	受講機関名: 受講年月日: 年 月 日