様式－2

令和６年度　喀痰吸引等研修（不特定多数の者対象）

受 講 申 込 書 〔基本研修免除コース〕

①	ふりがな		性　別	男　・　女
	氏　名	㊞		
②	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
③	現住所 連絡先	住所	〒　　－ 県　　市	
		TEL	－　　－	FAX　－　　－
		携帯	－　　－	E-Mail
④	基本研修の 受講状況	□　登録研修機関　□　介護実務者研修　□　専門課程　□　大学		
		上記名称		
		受講期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日	

※ 医療的ケアを修了した証明証の写しを添付

※　申込書№⑤～⑫は、施設(事業所)管理(代表)者の方がご記入ください。

⑤	勤務先 施設種類	□　特別養護老人ホーム　□　介護老人保健施設　□　有料老人ホーム □　グループホーム　□　その他　（　　）			
⑥	勤務先 住　所 連絡先	法人名	ゴム印可（正式名称を		
		施設 (事業所)	ご記入ください）		
		所在地	〒　　－ 県　　市		
		TEL	－　　－	FAX	－　　－
		E-Mail			
⑦	施設(事業所) 管理(代表)者	役職名		氏 名	㊞
⑧	希望研修	□ 口腔内吸引　□ 鼻腔内吸引　□ 気管カニューレ内部吸引 □ 人口呼吸器装着者　□ 胃瘻又は腸瘻による経管栄養 □ 半固形注入式　□ 経鼻経管栄養			
⑨	実地研修 実施施設	□　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
⑩	⑨における 実施状況	⑨施設においての実施実績の有無	無　・　有（　　回　又は　　名）		
		直近の実地研修期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
⑪	⑨における 実施協力者数	口腔内吸引＿＿＿名　鼻腔内吸引＿＿＿名　気管カニューレ内部吸引＿＿＿名 人工呼吸器装着者＿＿＿名　胃瘻又は腸瘻による経管栄養＿＿＿名 半固形注入式＿＿＿名　経鼻経管栄養＿＿＿名			
⑫	⑨における 指導看護師の 状況	氏名（複数の場合は全員の氏名） ※）当研修機関で初めて指導する場合は、指導看護師の修了証の写しを添付してください			

受付期間	随時お申し込み可能

登録研修機関　かまくら愛の郷