

様式-1

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〔通常コース〕

①	ふりがな				性別	男・女
	氏名	Ⓔ				
②	生年月日 年齢	昭和 平成			保有資格	年 月
		年 月 日（才）			介護職歴	
③	現住所 連絡先	住所	〒 ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー			
		TEL	ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー		FAX	ー ー ー ー
		携帯	ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー		E-Mail	

※ 申込書No.④～⑪は、施設(事業所)管理(代表)者の方がご記入ください。(推薦書も兼ねています)

④	勤務先 施設種類	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他（ ）				
⑤	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	〒 ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー			
		TEL	ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー		FAX	ー ー ー ー
		E-Mail				
⑥	施設(事業所) 管理(代表)者	役職名	氏名		Ⓔ	
⑦	希望研修	<input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者 <input type="checkbox"/> 胃瘻又は腸瘻による経管栄養 <input type="checkbox"/> 半固形注入式 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養				
⑧	実地研修 実施施設	<input type="checkbox"/> 所属施設内 <input type="checkbox"/> 同一法人及び系列施設 <input type="checkbox"/> その他				
		所属施設 以外の場合	施設種類	名称		
⑨	⑧における 実施状況	⑧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	
⑩	⑧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				
⑪	⑧における 指導看護師の 状況	氏名・看護師の番号（複数の場合は全員の氏名・看護師の番号） ※）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	令和6年3月1日（金） ～ 令和6年4月15日（月）
------	----------------------------