介護職員等の喀痰吸引等研修（第２号研修）**受講申込書・調書**

記入日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **施設情報に関する事項** | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人名 | |  | | | | | | | 種　別 | 1 介護老人福祉施設（地域密着型含）2 介護老人保健施設  3 特定施設入居者生活介護（地域密着型含）  4 認知症対応型共同生活介護事業所  5 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 施設・  事業所名称 | |  | | | | | | |
| 施設・事業所  代表者名 | |  | | | | | | | 1 障害者支援施設　　2 障害者福祉サービス事業所  3 障害者(児)施設　　4 その他（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 所在地 | | 〒（　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | 担当者氏名 | | |
|  | | | | | | | | | |  | | |
| TEL | |  | | | | | | | | FAX | | |  | |
| E-mail  （大きくはっきりと記入） | | | |  | | | | | | | | | | |
| **実地研修に関する事項** | | | | | | | | | | | | | | |
| 実地研修施設の名称 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 指導看護師　氏名　(実務経験3年以上の正看護師) | | | | | | | |  | | | | | | |
| 希望行為及び利用者の状況　※修了希望行為にㇾ点、対象利用者様の人数を記入して下さい。(最大4行為) | | | 痰の吸引 | | □口腔内（　　）名 □鼻腔内（　　）名 □気管カニューレ内部（　　）名 | | | | | | | | | |
| 経管栄養 | | □胃ろう又は腸ろう（　　）名　 　□経鼻経管栄養（　　）名 | | | | | | | | | |
| **受講者情報に関する事項** | | | | | | | | | | | | | | |
| 複数申込みの場合申込みの優先順位 | | | | | |  | | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | 昭和　・　平成　　　　年 　　月　　　日　生  　　　　　　　　　　　（　　　）歳 | | | |
| 住　　所 | | 〒（　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | 性　別 |
|  | | | | | | | | | | | | 男性　　　女性 |
| 保有  資格 | 1 介護福祉士　　2 介護職員基礎研修修了　　3 介護職員初任者研修修了  4ホームヘルパー（　　級）　　5その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | 電話番号（昼間つながる番号） |
|  |
| ※要項7の(3)一部免除参照 | | | | | | | 職　歴 | | 介護福祉現場の勤続年数　　（　　）年（　　）ヶ月  現在の勤務先の勤続年数　　（　　）年（　　）ヶ月 | | | | | |
| □　特別養護老人ホームの研修修了 | | | | | | |