

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
施設・事業所名称			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 ※修了希望行為にレ点、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	<input type="checkbox"/> 口腔内（ ）名 <input type="checkbox"/> 鼻腔内（ ）名 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部（ ）名	
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう（ ）名 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームの研修修了			現在の勤務先の勤続年数 ( ) 年 ( ) ヶ月