

喀痰吸引等研修(第三号研修) 基本研修 受講申込書

※本申込書に記載された事項につきましては、受講申込書の内容確認 書類送付及び研修に基づく修了証の作成 以外には使用いたしません。

受講希望日	(西暦) 年 月 日		
受講生氏名	※日本人の方は住民票通りの字体で、 外国人の方は在留カード通りのアルファベット表記で記入してください	生年月日	(西暦) 年 月 日
カタカナ	※外国人の方もカタカナで記入してください	性別	☐ 男 ☐ 女
ご自宅住所	〒		
受講者連絡先	☎ ※平日の日中に連絡がつく電話番号を記入してください		
保有資格	☐ 1. 介護福祉士 ☐ 2. 実務者研修修了 ☐ 3. 初任者研修修了 ☐ 4. その他 ()		
現在従事している事業所 ※正式名称を記入してください	法人名		
	事業所名		
	所在地	〒	
	連絡先	☎ メール	研修 担当者
	事業種別	☐ 1.障がい者支援施設 ☐ 2.居宅サービス事業所 (☐ 高齢・ ☐ 障がい) ☐ 3.その他 ()	

実地研修

対象者氏名 (住民票と同じ表記で記入してください)			利用者の同意	☐ 有 ・ ☐ 無	
行為種別	喀痰吸引	☐ 口腔内吸引 ☐ 口腔内吸引 (人工呼吸器装着者) ☐ 鼻腔内吸引 ☐ 鼻腔内吸引 (人工呼吸器装着者) ☐ 気管カニューレ内部吸引 ☐ 気管カニューレ内部吸引 (人工呼吸器装着者)	経管栄養	☐ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (方法) ☐ 滴下 ☐ 半固形 ☐ 経鼻経管栄養	
指導 看護 師	氏 名	※指導看護師が複数の場合は全員の氏名を記入してください。			
	事業所名				
	所在地	〒			
	連絡先	☎	問合せ 担当者		
	保有資格	☐ 指導者講習会修了 ☐ 医療的ケア教員講習会修了 ☐ 資格なし			
	看護師経験年数	年 ※看護師免許・資格証の写しの提出をお願いします。			