

* 推薦する受講生申込1人につき、本受講申込書を1枚記入して下さい

* 第二号研修をご希望の際、実地研修の履修希望項目を下記より1項目以上選択して下さい

1 受講を希望する研修種別

第一号研修	⇒	口腔内の喀痰吸引	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
第二号研修		鼻腔内の喀痰吸引	経鼻経管栄養
		気管カニューレ内部の喀痰吸引	

2 受講者及び所属先の情報

フリガナ				生年月日	年	月	日
受講者氏名	印			年齢	歳	性別	男・女
				施設での通算勤務年数		年	か月
受講者住所	〒						
特定行為業務従事者認定証の有無				有 ・ 無 ※ 有の場合は写しを添付			
その他の履修免除資格証の有無				有 ・ 無 ※ 有の場合は写しを添付			
所属施設・事業所	設置主体				サービスの種別		
	名称						
	住所						
	連絡先	(TEL)				利用者の状況 申込日現在	項目
	(FAX)				口腔内の喀痰吸引		人
	(研修申込担当者氏名)				鼻腔内の喀痰吸引		人
					気管カニューレ内部の喀痰吸引		人
					胃ろうによる経管栄養		人
					腸ろうによる経管栄養	人	
					経鼻経管栄養	人	

3 実地研修先

所属する施設・事業所等	⇒	(所属施設・事業所以外の場合のみ) 内諾を得ている施設・事業所について記載	
所属する施設・事業所等以外		施設・事業所の名称	
		サービスの種別	
		担当者氏名	
		担当者連絡先電話番号	

4 実地研修の指導講師

フリガナ				指導講師所属施設名	
指導講師氏名	印			連絡先電話番号	
研修修了状況		平成22年度以降に国又は県が実施した指導者講習	⇒	修了証の写しを添付してください。	
		医療的ケア教員講習会	⇒	修了証の写しを添付してください。	

* 申込書の到着をもちまして、指導看護師が喀痰吸引等研修の「実地研修」において、上記介護職員の指導・評価を行うことに同意したものとします。

記載例

社会福祉法人仁成福祉協会 喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）受講申込書

*第二号研修をご希望の際、実地研修の履修

受講を希望する研修種別に○印をつけてください。研修種別については、別添の「研修の種類」をご参照ください。第二号研修を選択する場合、ご希望の履修項目を1項目以上選択して下さい。

1 受講を希望する研修種別 希望項目を下記より1項目以上選択して下さい

<input type="checkbox"/> 第一号研修	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
<input checked="" type="checkbox"/> 第二号研修 ⇒	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引	経鼻経管栄養
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	

*推薦する受講生申込1人につき、本受講申込書を1枚記入して下さい

認定証をお持ちの方は、写しを添付してください。
※ 研修の一部が履修免除となる場合があります。

2 受講者及び所属先の情報

フリガナ	ニイガタ タロウ	生年月日	昭和 47年 4月 1日	
受講者氏名	新潟 太郎 (印)	年齢	30歳	
		性別	男・女	
		施設での通算勤務年数	8年 0か月	
特定行為業務従事者認定証の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	※ 有の場合は写しを添付		
その他の履修免除資格証の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	※ 有の場合は写しを添付		
設置主体	社会福祉法人 ○○福祉会	サービスの種別	特別養護老人ホーム	
名称	特別養護老人ホーム○○苑			
住所	〒950-8570 新潟市中央区新光町4番地1			
連絡先	(TEL) 025-280-5193	利用者の状況 申込日現在	項目	
	(FAX) 025-280-5229		対象利用者数	
(研修申込担当者氏名)	上越 次郎		口腔内の喀痰吸引	18人
			鼻腔内の喀痰吸引	12人
			気管カニューレ内部の喀痰吸引	1人
			胃ろうによる経管栄養	9人
			腸ろうによる経管栄養	7人
			経鼻経管栄養	2人

申込日現在で記載してください。

申込日現在で記載してください。

研修申込みに係る事務担当者を記入してください。

事前に受け入れ先の施設・事業所及び実習に協力する利用者の了承を得てください。

指導講師の役割を担うことについて、本人の同意を得てください。

3 実地研修先

<input checked="" type="checkbox"/> 所属する施設・事業所等	(所属施設・事業所以外の場合のみ) 内諾を得ている施設・事業所について記載
<input type="checkbox"/> 所属する施設・事業所等以外	
施設・事業所の名称	
サービスの種別	
担当者氏名	
担当者連絡先電話番号	

同意欄にチェックをしてください。

4 演習及び実地研修の指導講師

フリガナ	ナガオカ ハナコ	指導講師所属施設名	特別養護老人ホーム長岡苑
指導講師氏名	長岡 花子 (印)	連絡先電話番号	025-000-0000
<input type="checkbox"/>	私は、喀痰吸引等研修の「実地研修」において、上記介護職員の指導・評価を行うことに同意します。		
<input checked="" type="checkbox"/>	平成22年度以降に国又は県が実施した指導者講習	⇒	修了証の写しを添付してください。
<input checked="" type="checkbox"/>	医療的ケア教員講習会	⇒	修了証の写しを添付してください。

いずれかにチェックをしてください。