

***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**

- 1 受講を希望する研修種別
- *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**

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	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下型のみ)
		気管カニューレ内部の喀痰吸引	経鼻経管栄養

- 2 受講者及び所属先の情報

フリガナ			生年月日	S・H	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	対象利用者数
		(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(半固形型)		人	
				胃ろうによる経管栄養(滴下型)	人		
				腸ろうによる経管栄養(半固形型)	人		
				腸ろうによる経管栄養(滴下型)	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

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。

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。

研修申込みに係る事務担当者を記入してください。

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。

同意欄にチェックをしてください。

いづれかににチェックをしてください。

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

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

☐	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	☐	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下型)
			気管カニューレ内部の喀痰吸引	☐	経鼻経管栄養

* 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

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	年 齢	30 歳	性 別	☒ 男 ・ 女	
特定行為業務従事者認定証の有無	☒ 有 ・ 無	施設での通算勤務年数	8 年	0 か月		
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	社会福祉法人 ○○福祉会				
	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			
		(FAX)	025-280-5229			
	(研修申込担当者氏名)	上越 次郎				
利用者の状況 (申込日現在)	項 目	対象利用者数				
	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(半固形型)	9 人				
	胃ろうによる経管栄養(滴下型)	1 人				
	腸ろうによる経管栄養(半固形型)	7 人				
	腸ろうによる経管栄養(滴下型)	2 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。

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) 内語を得ている施設・事業所について記載 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
☐	所属する施設・事業所等以外	

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。

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	連絡先電話番号	025-000-0000
☐ 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。			
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。