

*** 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	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)		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

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 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 type="checkbox"/>	口腔内の喀痰吸引	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下型)
		<input type="checkbox"/>	気管カニューレ内部の喀痰吸引	<input type="checkbox"/>	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 (印)	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 ※ 有の場合は写しを添付	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			
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)	口腔内の喀痰吸引	18人
	(FAX) 025-280-5229		鼻腔内の喀痰吸引	12人
(研修申込担当者氏名)	上越 次郎		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

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。

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

<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) 内語を得ている施設・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

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。

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。		
研修修了状況	<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 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。

同意欄にチェックをしてください。

いずれかににチェックをしてください。