

受付No. \_\_\_\_\_

## 平成30年度 第1回 喀痰吸引等研修（第三号研修）受講申込書

※本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り適正な管理を行い、本研修業務以外に使用することは致しません。

ふりがな		性別	男 ・ 女	
受講者氏名 ※正確に記入して下さい		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
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. 介護職員基礎研修課程修了者 3. 介護員養成研修1級修了者 4. 介護員養成研修2級修了者 5. 介護職員初任者研修修了者 6. その他 ( )			
履修の一部免除	有 ・ 無 (有に○をされた方はその写し等を添付してください)			
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	☎ _____	問合せ 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 ( )		
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 <input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部吸引 <input type="checkbox"/> マスク装着者 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者	経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (方法) <input type="checkbox"/> 滴下 <input type="checkbox"/> 半固形 (形状) <input type="checkbox"/> ボタン型 <input type="checkbox"/> チューブ型 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
指導看護師名	実務経験 ( _____ 年)			
<b>推薦欄</b> 上記の者を喀痰吸引等研修（第三号研修）の受講者として推薦し申込みます。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 法人名 _____ 事業所名 _____ 法人・事業所等代表者名 _____				
				公印