

受付No. _____

喀痰吸引等研修（第二号研修） 実地研修 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 ※正確に記入してください		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		
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		
	施 設 名		
	所 在 地	〒 _____	
	連 絡 先	☎ _____	問合せ 担当者
事業種別	1. 特別養護老人ホーム 2. 軽費老人ホーム 3. 養護老人ホーム 4. グループホーム 5. 障がい者支援施設 6. 居宅サービス事業所 7. その他 (_____)		
医療的ケアを 必要とされる方の人数 (※必ずすべてご記入 ください)	貴施設における介護職員の従事者のうち 認定特定行為業務従事者（経過措置）取得者数		全介護職員 _____ 人のうち _____ 人
	医療的ケアを必要とする人数 _____ 人 (※下記に内訳を記入)		
	口腔内の喀痰吸引（利用者数： _____ 人）		鼻腔内の喀痰吸引（利用者数： _____ 人）
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（利用者数： _____ 人、うち半固形栄養剤： _____ 人）		
保 有 資 格 実 務 経 験 年 数	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 (_____) *介護職員としての実務経験年数 ⇒ _____ 年 _____ ヵ月		
推 薦 欄	上記の者を喀痰吸引等研修（第二号研修）実地研修の受講者として推薦し申込みます。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 法人名 _____ 施設名 _____ 法人・施設等代表者名 _____		

公印