

受付No.

喀痰吸引等研修（第三号研修） 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 <small>※正確に記入して下さい</small>		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
ご自宅住所	〒 ー			
受講者連絡先	☎ ー ー		※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. 喀痰吸引等研修（第三号研修）基本研修修了者 ※資格の写しを提出してください			
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	〒 ー		
	連絡先	☎ ー ー	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 <small>（※住民票と同じ表記 で記入してください）</small>			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				
指導看護師保有資格	医療的ケア研修を修了（している・していない）			
推薦欄 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。 令和 年 月 日 法人名 _____ 事業所名 _____ 法人・事業所等代表者名 _____				
				公印