

令和8年度喀痰吸引等研修（第三号研修）基本研修 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>※正確に記入してください</small>		生年月日	昭和・平成	年 月 日
ご自宅住所	〒 —			
受講者連絡先	TEL: — —		<small>※平日の日中に連絡がつく電話番号を記入してください</small>	
	メールアドレス:			
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 <small>※正式名称を記入してください</small>	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 <small>※住民票とおりに記載</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		経管栄養
		<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"/> 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
		<input type="checkbox"/> マスク装着者		
		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者		
指導看護師名・所属	氏名:	所属:		
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>法人名 _____</p> <p>事業所名 _____</p> <p>法人・事業所等代表者名 _____</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">公印</div>				