

令和 年度 第 回

喀痰吸引等(第3号研修) 受講申込書

別紙2

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日	介護職経験年数 年 ヶ月
自宅住所 〒		受講票等郵送物の宛先 (☑を記入)	
電話番号()	<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送希望		
FAX番号(無い方は「無し」とご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送希望		
()			
メールアドレス()			
日中の連絡先(☑を記入)			
<input type="checkbox"/> 携帯電話(番号)		<input type="checkbox"/> 勤務先	
保有資格等※資格証明証を提出すること (例:介護福祉士)			
免除科目について ※詳細は募集要綱をご覧ください。			
<input type="checkbox"/> あり(免除科目がある場合は、それを証明する写しと一部履修免除の申告書を提出すること)			
<input type="checkbox"/> なし			
※実務者研修、医療的ケア等(不特定の者対象)のたん吸引等研修は免除にはなりません。ご注意ください。			

【実地研修対象者について】

氏名	実地内容(必要行為に○を付ける)	本人・ 家族の 同意書	医師の 指示書	実地研修で看護師 等の協力・連携が 得られる	対象者居住地 (市町村名)
	吸引(口腔・鼻腔・気管切開)	有・無	有・無	有・無	
	吸引 人工呼吸器装着者 (口腔・鼻腔・気管切開)				
	経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう)				
特定の対象者に関する情報					
	主治医・医療機関等				
	実地研修協力訪問看護ステーション等名				

