

平成 26 年度 大泉保育福祉専門学校

## 喀痰吸引等研修（第一号・第二号研修）受講申込書

受講者（本人）記入欄

申込日：平成 年 月 日

|  |   |            |                   |
|--|---|------------|-------------------|
| ふりがな                                       |   |            | 生年月日              |
| 氏名   |   | 男・女        | 昭和<br>平成 年 月 日    |
| 本人連絡先                                      | TEL ( ) -   |            |                   |
| 勤務先  | 施設・事業所名   |            |                   |
|  | 所在地   | 〒 -        |                   |
|  | TEL<br>FAX  | ( )<br>( ) | -<br>-            |
| 施設・事業所種別                                   | (例・特別養護老人ホーム、障害者支援施設等)  |            |                   |
| 保有資格                                       | 1. 介護福祉士 2. 介護職員基礎研修修了 3. 訪問介護員 ( ) 級課程修了<br>4. その他 ( )   |            |                   |
| 経験年数                                       | 年 月   |            |                   |
| 他の喀痰吸引等に関する<br>研修の履修の有無                    | 1. 有 2. 無<br>(修了研修の名称： )  |            |                   |
| <b>事業所管理者等記入欄</b>                          |   |            |                   |
| 実地研修先の確保について                               | 1. 勤務先事業所 2. 同法人内の他事業所 3. その他 ( )   |            |                   |
| 施設・事業所で可能な実地<br>研修について<br>(該当番号に○をつけてください) | 1. 第一号研修<br>〔 喀痰吸引： 口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部 〕<br>〔 経管栄養： 胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養 〕<br>2. 第二号研修<br>〔 喀痰吸引： 口腔内、鼻腔内 〕<br>〔 経管栄養： 胃ろう又は腸ろう 〕 |            |                   |
| 指導看護師<br>氏名                                |   |            | ※複数いる場合は、代表者のみを記入 |
| 指導看護師<br>勤務先                               | 施設・事業所名   |            |                   |
|  | 所在地   | 〒 -        |                   |
| 指導者研修<br>の修了                               | 研修機関  |            |                   |
|  | 修了証書番号  |            |                   |

上記のとおり、医療的ケア研修の受講を申し込みます。

平成 年 月 日

施設・事業所管理者名