

平成 29 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

申込日： 平成 年 月 日

| | | | |
|---|--|-------------------------------|----------------|
| ふりがな | | | 生年月日 |
| 氏名 | 男・女 | | 昭和 平成 年 月 日 |
| 受講希望者連絡先 | TEL () - | | |
| 勤務先 | 施設・事業所名 | | |
| | 所在地 | 〒 - | |
| | TEL FAX | () () | - - |
| 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. 介護福祉士実務者研修修了 3. 介護職員基礎研修修了 4. 訪問介護員 () 級 5. その他 () | | |
| 実務年数 | 年 月 ※介護職員として実際に働いた年月を記入してください。 | | |
| 他の喀痰吸引等に関する 研修の履修の有無 (有る場合のみ記入してください) | ※研修の名称を記入の上、履修が証明できるものを添付してください。 研修名： (例・医療的ケア(基本研修)修了 ※添付するものは、実務者研修修了証明書でも可) | | |
| 実地研修先の確保 | 1. 自施設 2. 同法人内の他施設 3. その他 () | | |
| 実地研修の種別 (番号に○をつけてください) | 1. 第一号研修 (下の5つの項目をすべて行う) 2. 第二号研修 (下の5つの項目のうち、1つ～4つの項目を行う) 〔◇口腔内の喀痰吸引 ◇鼻腔内の喀痰吸引 ◇気管カニューレ内部の喀痰吸引〕 〔◇胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ◇経鼻経管栄養〕 | | |
| 指導看護師 氏名 | ※複数の場合は、代表者を記入してください | | |
| 指導看護師 勤務先 | 施設・事業所名 | | |
| | 所在地 | 〒 - (受講者と同じ場合は、「同上」と記入してください) | |
| 指導者研修等 の修了 | 研修名・実施機関 | | |
| | 修了証書番号 | | |

上記のとおり、平成 29 年度 大泉保育福祉専門学校喀痰吸引等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