

令和 5 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： 2023 年 月 日

ふりがな			男・女	生年月日	
氏 名				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 (該当する番号に○印)	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. 介護職員初任者研修・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 (該当する番号に○印)		1. 医療的ケア（基本研修）修了 2. 喀痰吸引等研修（第一号・第二号研修）基本研修修了 3. 喀痰吸引等研修（第一号・第二号研修）実地研修修了 ※履修が証明できるものの写しを添付してください			
実地研修の種別 (該当する番号に○印)		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 ◇気管チューブ内部の喀痰吸引 ◇胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ◇経鼻経管栄養]			
実地研修先		1. 自施設 2. 同法人内の他施設 3. 紹介希望			
指導看護師 氏 名			※指導看護師がいる場合は記入してください (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				