

平成 25 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 平成 年 月 日
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. 介護職員基礎研修修了 3. 訪問介護員 () 級課程修了 4. その他 ()			
経験年数	年 月			
他の喀痰吸引等に関する 研修の履修の有無	1. 有 2. 無 (修了研修の名称：)			
事業所管理者等記入欄				
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. 実施研修協力先の事業所			
施設・事業所で可能な実地 研修について	1. 第一号研修 喀痰吸引： 口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部 経管栄養： 胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養 2. 第二号研修 喀痰吸引： 口腔内、鼻腔内 経管栄養： 胃ろう又は腸ろう			
指導看護師 氏 名			※複数いる場合は、代表者のみを記入	
勤務先	施設・事業所名			
	所在地	〒 -		
研修機関及び 修了証書番号	研修機関			
	修了証書番号			

上記のとおり、喀痰吸引等研修（第一号・第二号研修）の受講を申し込みます。

平成 年 月 日

施設・事業所管理者名