

令和6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： 2024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 (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〕		
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		