

## 2016(H28)年度「介護職員等によるたん吸引等の研修」実地研修受講申込書

## 《申込者について》

以下の通り、中部学院大学主催「介護職員等によるたん吸引等の研修」の実地研修を申し込みます。

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏 名		男 ・ 女	西暦(元号) (昭和/平成) 年 月 日生
自宅住所	〒 県 市/郡 町		
電話番号(自宅)	( ) - ( )	緊急連絡先(携帯電話)	- -
所持資格	研修希望区分(○をつける)	研修の一部履修免除	免除の項目
介護福祉士( ) 社会福祉士( ) ヘルパー2級( ) その他( )	① 実地研修(1号)( ) ② 実地研修(2号)( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	①経過措置による口腔吸引 ②基本研修 ※1 ③実地研修の一部 ※2
<b>【注意】</b> ※1:喀痰吸引等研修の基本研修を履修修了された方、実務者研修・介護福祉士養成校等で医療的ケアを修了された方 ※2:喀痰吸引等研修の実地研修五項目の内一部項目を履修修了された方。			

## 《申込者の勤務先について》

法人名称						
サービス種 別						
施設名称						
所在地	〒					
施設担当者名				役職		
勤務先電話・FAX	電 話: ( ) -	-				
	F A X: ( ) -	-				
Eメールアドレス(施設代表メール)	@					
利用者状況	項目	利用者数	研修希望	項目	利用者数	研修希望
	口腔内吸引	名		胃ろう・腸ろう経管栄養	名	
	鼻腔内吸引	名		経鼻経管栄養	名	
	気管カニューレ内部吸引	名				
人工呼吸器装着者	有 / 無		*人工呼吸器の種類 : マスク / 気管切開			

## ※注意事項

- ① 必要事項を楷書にて正確に記入し、併せて様式1-2・様式1-3も確認・記入し、郵送して下さい。
- ② 研修希望区分は必ず記入してください。(実地研修の際、利用者の協力が可能なことを確認すること。)
- ③ 研修の一部履修免除希望がある方は、修了証明書等の写しを提出してください。

<郵送先> 〒501-3993 岐阜県関市桐ヶ丘二丁目1番地 中部学院大学シティカレッジ関事務室  
 喀痰吸引研修担当係 電話番号:0575-24-9460 FAX番号:0575-24-9432  
 Eメールアドレス:llcoffice@chubu-gu.ac.jp