

2017(H29)年度 第1回「介護職員等によるたん吸引等の研修」受講申込書

《申込者について》

以下の通り、第2回 中部学院大学主催「介護職員等によるたん吸引等の研修」を申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日		(写真サイズ) たて:45mm × よこ:35mm
氏名		男 ・ 女	西暦(元号) () 年 月 日		
自宅住所	〒				
電話番号	() -				
携帯番号	() -				
FAX番号	() -				
所持資格		研修の一部免除希望		免除の項目・証明書类等	
介護福祉士 () 社会福祉士 () 初任/ヘルパー2級 () その他 ()		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
※免除に該当する証明書の写しを提出してください。					
受講決定の場合のテキスト購入について					
<input type="checkbox"/> 事前に自分で購入する <input type="checkbox"/> 主催者を通じて購入する					

《申込者の勤務先について》

法人名称 (例:社会福祉法人〇〇会等)						
種別 (例:特別養護老人ホーム等)						
勤務先名称						
勤務先住所		〒				
担当者						
勤務先電話・FAX		電話: () - FAX: () -				
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 研修希望区分には必ず「○」を記入してください。(実地研修が可能なことを確認すること。)						
③ 写真は3カ月以内に撮影したものに限り、正面・無帽・無背景・サイズ45mm×35mmです。						
④ 指導看護師の「指導看護師養成研修修了証」等の写しを添付してください。						
⑤ 実地研修先の確保が自前で出来ない方は、事前に事務局担当者までご相談ください。						