

_____年度 「介護職員等による喀痰吸引等の研修」
実地研修 受講申込書

《受講者》

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	西暦（和暦）*両方記入してください () 月 日
自宅住所	〒 _____		
電話番号	自宅 () -	携帯電話番号	
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 初任/ヘルパ-2級 <input type="checkbox"/> その他()		
研修区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号	※中部学院大学・中部学院大学短期大学部の卒業生の方 ()学科 ()年卒 旧姓()	
研修の一部免除	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	免除の項目 (証明書の写しを提出)	<input type="checkbox"/> 経過措置による口腔吸引 <input type="checkbox"/> その他 (認定特定行為業務従事者認定証)

《受講者の勤務先》

法人名			
サービス種別			
事業所名			
事業所住所	〒 _____		
事務担当者 (連絡等窓口)			役職
事業所連絡先	電話 () -		
	FAX () -		

《実地研修先利用者状況及び希望行為》

項目	施設内利用者状況	【実地研修】希望行為 <input type="checkbox"/> を入れてください	
口腔内吸引	名	<input type="checkbox"/> 通常手段	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着
鼻腔内吸引	名	<input type="checkbox"/> 通常手段	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着
気管カニューレ内部吸引	名	<input type="checkbox"/> 通常手段	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着
胃ろう・腸ろう経管栄養	【滴下】 名	<input type="checkbox"/> 通常手段	/
	【半固形】 名	<input type="checkbox"/> 半固形	
経鼻経管栄養	名	<input type="checkbox"/> 通常手段	/