

年度 第 回「介護職員等による喀痰吸引等の研修」受講申込書

《受講者》

申込日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日		(写真) サイズ:縦45mm × 横35mm 3ヶ月以内に撮影されたもの 正面・無帽・無背景
氏名		男 ・ 女	西暦・和暦両方を記入すること 西暦 年 月 日 和暦		
自宅住所	〒				
自宅電話番号	() -				
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内吸引等 (認定特定行為業務従事者認定証)	<input type="checkbox"/> その他	
テキスト購入	<input type="checkbox"/> 購入申し込みをする <input type="checkbox"/> 購入しない(自分で準備する)				

《受講者勤務先》

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)	氏名	役職
事業所連絡先	電話 () -	
	FAX () -	

《実地研修先利用者状況》 勤務先 勤務先以外

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	/