

喀痰吸引等研修（第3号研修）受講申込書

私は、特定非営利活動法人地域福祉サポートちたが主催する喀痰吸引等研修（第3号研修）募集要項の内容を承諾した上で受講の申し込みをいたします。

ふりがな			男 ・ 女
氏名	印		
生年月日	昭和 平成 年 月 日生まれ (満 歳)	基本研修 (第3号研修)	<input type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> 受講済 「受講済み」の方は修了証明書の写しを添付してください
住所	〒 愛知県 電話番号 携帯NO		
勤務先	勤務先名		
	〒 所在地		
	TEL		FAX
	メールアドレス		
介護関係	介護分野の経験年数 ()年	免除科目	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 訪問介護員(1級・2級・3級) <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー(全身性・視覚障害) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護従業者養成研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> その他()		
	基本研修		
	テキスト		
	購入		
備考			

※記入された氏名、生年月日を基に修了証明書を発行致します。戸籍上の正式な字体でお間違いなくご記入下さい。

郵送先: 〒478-0047 知多市緑町12-1 知多市市民活動センター1階

特定非営利活動法人 地域福祉サポートちた TEL:0562-33-1631 FAX:0562-33-1743

<裏に続きます>

対象者本人(又はその家族等)から実施研修の実施について書面による同意は得られますか。		はい・いいえ
対象者のかかりつけ医等の医師から、対象者に対して上記医療的ケアを行うことの承認は得られますか。		はい・いいえ
実地研修の際に看護師が指導してくれることの許可は得られますか。 事業所にて指導できる看護師の有無 ※実地研修の指導は5年以上の実務経験にて対応出来ます。		はい・いいえ 有・無
対象者氏名		<u>吸引</u> : 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管切開 <u>人工呼吸器の有無</u> : 有 ・ 無
居住地		<u>経管栄養</u> : 経鼻 胃ろう 腸ろう (液体・半固形)
対象者氏名		<u>吸引</u> : 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管切開 <u>人工呼吸器の有無</u> : 有 ・ 無
居住地		<u>経管栄養</u> : 経鼻 胃ろう 腸ろう (液体・半固形)
対象者氏名		<u>吸引</u> : 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管切開 <u>人工呼吸器の有無</u> : 有 ・ 無
居住地		<u>経管栄養</u> : 経鼻 胃ろう 腸ろう (液体・半固形)
対象者氏名		<u>吸引</u> : 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管切開 <u>人工呼吸器の有無</u> : 有 ・ 無
居住地		<u>経管栄養</u> : 経鼻 胃ろう 腸ろう (液体・半固形)
対象者氏名		<u>吸引</u> : 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管切開 <u>人工呼吸器の有無</u> : 有 ・ 無
居住地		<u>経管栄養</u> : 経鼻 胃ろう 腸ろう (液体・半固形)

※対象者が5名以上の場合は用紙をコピーして提出してください。