令和　年　月　日

第24回喀痰吸引等研修（第二号研修）申込書・調書

<table>
<tr><td rowspan="2">ふりがな氏
名</td><td></td><td rowspan="2">性別</td><td rowspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td>自宅住所</td><td colspan="3">〒　　－住所
TEL（　　）　－　　FAX（　　）　－
E-mail:　　携帯TEL</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">昭和　・　平成　　年　　月　　日 生　（　　）歳</td></tr>
<tr><td>実地研修

※実地研修は１行為以上
４行為まで選択可能
（該当するものに☑）</td><td colspan="3">1.研修内容
☐ 基本研修 ＋ 実地研修　　☐ 実地研修のみ
2.実地研修
☐ 当スクールで実地研修を希望
☐ 就業施設にて実地研修を希望
3.実地研修希望行為
☐ 口腔内の喀痰吸引　　☐ 鼻腔内の喀痰吸引
☐ 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養　☐ 経鼻経管栄養</td></tr>
<tr><td>受験免除科目
（該当するものに☑）</td><td colspan="3">☐ なし　　☐ あり
『あり』 の方は「修了証明書又は認定書の写し」または「一部履修証明書の写し」を添えて申し込む</td></tr>
<tr><td>『受講可否通知書』等
今後の書類送付先
（該当するものに☑）</td><td colspan="3">☐自宅へ郵送希望　　☐勤務先へ郵送希望
☐受講者個人のE-mail ：☐勤務先のE-mail ：</td></tr>
<tr><td>保有資格
（該当するものに☑）</td><td colspan="3">☐介護福祉士　☐実務者研修修了　☐ホームヘルパー__級所持
☐介護職員初任者研修修了
☐喀痰吸引等研修２号 ☐基本研修修了
☐実地研修修了(行為名　　)</td></tr>
<tr><td>職 歴</td><td colspan="3">介護・福祉関連業務の勤続年数　（　　）年（　　）ヵ月</td></tr>
<tr><td rowspan="2">現在の勤務先</td><td>法人名</td><td colspan="2">施設名</td></tr>
<tr><td colspan="3">施設所在地
〒　－　住所
TEL（　　）　－　　FAX（　　）　－
E-mail：　　担当者名</td></tr>
</table>

施設種別 （該当するものに☑）	□特別養護老人ホーム　□介護老人保健施設　□認知症対応型共同生活介護 □訪問介護　□特定施設入居者生活介護 □その他　（　　）
医療的ケアが必要な利用者・入居者の人数 （申込日時点）	a．口腔内喀痰吸引＿＿人　b．鼻腔内喀痰吸引＿＿人 c．経管栄養（胃ろう・腸ろう）＿＿人　d．経鼻経管栄養＿＿人

≪就業先施設等での実地研修を希望される方へ≫

1. 指導者講習と同様の内容の講習として都道府県において実施された講習等を修了した医師、看護師、保健師、助産師がいますか？

①いる　　②いない

2. 就業先に臨床での実務経験 5 年以上の正看護師が就業していますか？

①いる　　②いない

1－①、2-① の該当者は下記も添付

□「実地研修に係る確認書」　（様式 1-2）

□「実地研修実施機関承諾書」（様式 1-3）

□ 指導看護師（看護師）の「看護師資格証」のコピー

※指導者講習を修了した（医師，看護師等）講習の「修了証書」のコピーも添付してください。