

喀痰吸引等研修受講申込書<第三号研修(特定の者対象)>

フリガナ			
氏名			印
住所	〒		
連絡先	電話 ー ー	FAX or 携帯 ー ー	
生年月日	昭和・平成 年 月 日( )歳	性別	男・女
勤務先	名称		
	所在地	〒	
	電話	ー ー	
資格取得等	1.介護福祉士 5.社会福祉士 2.介護職員基礎研修修了者 6.実務者研修修了者 3.ホームヘルパー( )級修了者 7.初任者研修修了者 4.介護支援専門員 8.その他( )		
受講内容	1.基本研修及び実地研修 2.実地研修のみ(すでに認定を持っている)		

<実地研修対象者について>

氏名	実地内容	本人または家族の同意	医師の同意
	①口腔内の吸引②鼻腔内の吸引③気管カニューレ内部の喀痰吸引④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養⑤経鼻経管栄養⑥人工呼吸装着者への喀痰吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の3行為)⑦口腔内の喀痰吸引(人工呼吸装着者への喀痰吸引)⑧鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸装着者への喀痰吸引)⑨気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸装着者への喀痰吸引)	有・無	有・無
	①口腔内の吸引②鼻腔内の吸引③気管カニューレ内部の喀痰吸引④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養⑤経鼻経管栄養⑥人工呼吸装着者への喀痰吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の3行為)⑦口腔内の喀痰吸引(人工呼吸装着者への喀痰吸引)⑧鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸装着者への喀痰吸引)⑨気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸装着者への喀痰吸引)	有・無	有・無
	①口腔内の吸引②鼻腔内の吸引③気管カニューレ内部の喀痰吸引④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養⑤経鼻経管栄養⑥人工呼吸装着者への喀痰吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の3行為)⑦口腔内の喀痰吸引(人工呼吸装着者への喀痰吸引)⑧鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸装着者への喀痰吸引)⑨気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸装着者への喀痰吸引)	有・無	有・無

<実地研修について>

実地指導の際に協力を得られる看護師の手配はできますか? はい ・ いいえ

※実地研修の指導は正看護師で5年以上の実務経験にて対応できます。

受講料	講義 8000円(テキスト代、税込) 演習 1000円(税込) 実地研修 1回15000円(税、保険料込) ※実地研修は5回を予定(変更になった場合は後日返金、徴収します)
-----	---

◇お問い合わせ

社会福祉法人AJU自立の会  
 障害者ヘルパーステーション・マイライフ  
 TEL 052-841-2333 FAX 052-841-2556  
 住所 愛知県名古屋市中区明月町2-33-2 相馬ハウス2階  
 担当:今井 村上