

喀痰吸引等研修(不特定多数の者対象研修)受講申込書



ふりがな 氏 名		
生年月日	年 月 日生 ( )歳	
現住所	〒 — TEL ( ) FAX ( ) 携帯TEL ( )	
	日中の連絡先(□にレ点を記入して下さい。) □携帯TEL( ) □勤務先( )	
希望研修種別 ※必須 実地研修のみの方は 講義演習が免除となる 根拠書類を添付	<input type="checkbox"/> 第1号研修 (人工呼吸器装着者) <input type="checkbox"/> 追加研修 (人工呼吸器装着者) <input type="checkbox"/> 第2号研修 (口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部吸引 ・胃ろう腸瘻・経鼻経管栄養) <input type="checkbox"/> 実地研修のみ (口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部吸引 ・胃ろう腸瘻・経鼻経管栄養) <b>※第2号研修、実地研修のみ希望者は希望類型に○でかこんでください</b>	
受講可否通知及び 受講票送付先	<input type="checkbox"/> 確認評価(フォローアップ研修) (講義・演習) (□にレ点を記入して下さい) <input type="checkbox"/> 自宅 □勤務先	
資格	1、介護福祉士 2、介護職員基礎研修終了者 3、介護員養成研修2級課程修了者 4、初任者研修終了者 5、社会福祉士 6、介護支援専門員 7、その他(具体的に ) ※資格がわかる書類(コピー)添付	
受講決定後の テキスト購入	中央法規刊「介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト」(2,420円) <input type="checkbox"/> 自己にて購入 □主催者を通じて購入	
勤務先	法人名	事業所名
	〒 — TEL ( ) FAX ( )	
勤務先の 施設等種別	1、特別養護老人ホーム 2、介護老人保健施設 3、認知対応型共同生活介護 4、有料老人ホーム 5、障害者(児)施設 6、居宅サービス事業所 7、訪問介護事業所 8、その他( )	
担吸引等を必要な 利用者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1、口腔内吸引( )人 2、気管カニューレ内部吸引 ( )人 3、鼻腔内吸引( )人 4、経鼻 経管栄養 ( )人 5、経管栄養(胃ろう・腸ろう) ( )人 6、人工呼吸器装着者 ( )人	
実地研修先	<input type="checkbox"/> 自事業所 □他事業所	