

【喀痰吸引等研修(特定の者対象)】

# ファミリー エデュケーション

## 実地研修受講申込書

令和 年 月 日

受講者 <sup>ふりがな</sup>氏名 \_\_\_\_\_

私は、貴研修機関にて実施する標記研修の受講を、以下の内容で申し込みます。

受講申込者調書			
生年月日等	(西暦) 年 月 日( 歳)	男 ・ 女	
連絡先	〒 _____		
	TEL		
現在の勤務先	事業所名		
	〒 _____		
	TEL	FAX	
現在の勤務先 該当に○	1. 訪問介護                      2. 居宅介護 3. 重度訪問介護              4. その他 (                      )		
保有資格	1. 介護福祉士    2. 初任者研修 3. (訪問) 介護員養成研修____級課程修了者 4. その他 (                      )		
経験年数	実務経験年数 (                      ) 年 (                      ) か月		
受講希望期日	令和 年 月 日 (第 回)		
対象者氏名			
利用者又は利用者家族の同意	有 ・ 無		
行為種別 (喀痰吸引)	<input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部吸引 <input type="checkbox"/> マスク装着者 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者		
行為種別 (経管栄養)	<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (方法) <input type="checkbox"/> 滴下 <input type="checkbox"/> 半固形 (形状) <input type="checkbox"/> ボタン型 <input type="checkbox"/> チューブ型 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
担当医			

裏面にもご記入ください

訪問看護ステーション名	
指導看護師名	
指導看護師保有資格	医療的ケア研修修了 ( 有 ・ 無 )
<b>推薦書</b> 上記の者を「実地研修」の受講者として推薦します。  令和 年 月 日  施設名(事業所名)  管理者名	
医療的ケアを必要とする利用者数 (申込み日現在)	人
同一施設(事業所)で、複数名の受講を申込されている場合は、施設(事業所)内での優先順位を記入	第 位
同一施設(事業所)で、認定特定行為業務従事者認定証(特定の者対象)の交付を受けている介護職員等の人数	人
<b>誓約書</b>  私は、本研修にて知り得た個人情報は第三者に漏洩いたしません。  令和 年 月 日  受講者氏名	