

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	〒 _____ 印		性別	男・女
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( )		
希望研修種別に チェックは必須 * 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	□第1号研修			
	□追加研修 (人工呼吸器装着者)			
	□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)			
□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)		
※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				
□確認評価(フォローアップ研修)		(講義・演習)		
受講可否通知及び 受講票送付先	(□にレ点を記入して下さい)			
	□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	使用するテキスト(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」2,200円(税別))			
	□自己にて購入		□主催者を通じて購入し、研修開始日に会場で受け取る	
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	□無 □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	□ 自事業所		□ 他事業所	
その他	※会場での集合研修になります。			