

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 <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) ※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	
	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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	
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 3、鼻腔内吸引(() () ())人 5、経管栄養(胃ろう・腸ろう) (() () ())人	2、気管カニューレ内部吸引 (() () ())人 4、経鼻 経管栄養 (() () ())人 6、人工呼吸器装着者 (() () ())人
実地研修先	□ 自事業所 □ 他事業所	