

喀痰吸引等研修 第2号研修 受講申込書

希望コース	令和 年 月 コース (免除対象者コース ・ 一般コース)		
ふりがな 氏名			性別 男性 ・ 女性
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	年齢	歳
所有資格	介護福祉士 ・ 実務者研修修了 ・ 初任者研修修了 訪問介護員()級修了 ・ その他()		
住所	〒		
連絡先TEL	— —		
医療的ケア	受講している (年修了) ・ 受講していない		
職歴	介護福祉現場での経験年数 (年 ヶ月)		
勤務先種別	特別養護老人ホーム ・ 介護老人保健施設 ・ グループホーム(高齢者 ・ 障害者) 訪問介護事業所 ・ 有料老人ホーム ・ その他()		
勤務先名称			
勤務先住所	〒		
勤務先電話番号	— —		
希望研修種別 (丸で囲む)	喀痰吸引 (口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内部) 経管栄養 (胃ろうまたは腸ろう ・ 経鼻) 人口呼吸器装着者への喀痰吸引 (口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内部)		
※ 実地研修の対象者はご自身で手配できますか (できない場合は学校指定の施設での受講が可能)	できる	・	できない
※ 指導看護師の手配はできますか (指導看護師とは、正看護師で実務経験5年以上、または たんの吸引等の実施のための指導者講習修了者の方)	できる	・	できない