

## 喀痰吸引等研修（第二号研修）受講申込書・調書（千種区会場）

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
現住所	〒 ー TEL 携帯 TEL		
生年月日	年 月 日 生 ( ) 歳		
現在の勤務先	法人名	施設名	
	施設所在地 〒 ー TEL FAX E-mail		
施設種別 ※該当するものに○	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. グループホーム 4. 訪問サービス 5. 有料老人ホーム 6. 障害者施設 7. その他 ( )		
保有資格 ※該当するものに○	1. 介護福祉士 2. 介護職員基礎研修修了者 3. ホームヘルパー 級修了者 4. 介護支援専門員 5. 社会福祉士 6. その他 (具体的に )		
職歴	福祉職場の勤務年数 ( ) 年 ( ) か月		
資格取得希望の項目 ※該当するものに○	①痰の吸引（口腔内）②痰の吸引（鼻腔内）③経管栄養（胃ろう・腸ろう）④たんの吸引（気管カニューレ内部）⑤経鼻経管栄養 ⑥人工呼吸器装着者への吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ）		
医療的ケアが必要な 入居者の人数 ※該当するものに人数 を記入	①痰の吸引（口腔内）( 人) ②痰の吸引（鼻腔内）( 人) ③経管栄養（胃ろう・腸ろう）( 人) ④痰の吸引（気管カニューレ内部）( 人) ⑤経鼻経管栄養 ( 人) ⑥人工呼吸器装着者への吸引（口腔内 人・鼻腔内 人・気管カニューレ 人）		
<p>① 実地研修について</p> <p>1. 貴就労施設にて出来る⇒下記項目へ回答</p> <p>2. 弊社へ依頼する（実地研修費別途必要。）</p> <p>② 貴就労施設に「平成 23・24 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者講習事業」における指導者講習を修了した医師、看護師、保健師、助産師及び上記指導者講習と同様の内容の講習として都道府県において実施された講習等を修了した医師、看護師、保健師、助産師がいますか？</p> <p>1. いる 2. いない</p> <p>③ 貴就労施設に臨床での実務経験 3 年以上の正看護師が就業していますか？</p> <p>1. いる 2. いない</p> <p>※貴就労先施設の実地研修が可能な事業所は、「実地研修実施機関承諾書」「実地研修委託契約書」「指導者の資格証及び履歴書の写し」をご提出いただきます。</p>			

① 上記に必要事項を正確に記入し FAXにてお申込みください。 FAX : 052-308-8797

② 免除科目のある方は修了証明書の写しも添付してください。