令和　　　年　　　月　　　日

喀痰吸引等研修（第三号研修）受講申込書・調書

2020年8月17日・24日（名古屋会場）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 性別 | 　男　・　女 |
|  |
| 現住所 | 〒　　　　－　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〒　　　　－TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　FAXE-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．実務者研修修了者　　３．ホームヘルパー　　　級修了者４．介護支援専門員　　５．初任者研修　　　６．その他（具体的に　　　　　　　　　　　　） |
| 職歴 | 福祉職場の勤務年数　　（　　　　　　）年（　　　　　　）か月 |
| 実地研修対象者※該当するものに○ | 実地研修対象者の総人数（　　　）名（資格取得希望項目）　１．たんの吸引（口腔内）　２．たんの吸引（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．人工呼吸器装着者の吸引（気管カニューレ内部）７．人工呼吸器装着者の吸引（口鼻マスク装着者の口腔内・鼻腔内） |
| 受講内容※該当するものに○ | １．基本研修及び実地研修２．実地研修のみ（すでに認定を持っている） |
| 実地研修について※該当するものに○ | １．貴就労事業所にて出来る２．指導看護師を弊社へ依頼する（費用別途必要。）※「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。 |
| 上記に必要事項を正確に記入しＦＡＸ又は郵送にてお申込みください。　**ＦＡＸ：０５２－３０８－８７９７**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。 |