

喀痰吸引等研修（第三号研修）受講申込書・調書

2020年11月18日・25日（名古屋会場）

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. 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。		
上記に必要な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。			