

## 喀痰吸引等研修（第三号研修）受講申込書・調書

2021年4月23日・30日（名古屋会場）

|  |   |     |       |
|--|---|-----|-------|
| ふりがな<br>氏名   |   | 性別  | 男 ・ 女 |
| 現住所  | 〒 ー<br>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<br>〒 ー<br>TEL FAX<br>E-mail   |     |       |
| 施設種別<br>※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<br>5. 有料老人ホーム 6. 障害者施設 7. その他 ( )   |     |       |
| 保有資格<br>※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<br>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<br>※該当するものに○   | 実地研修対象者の総人数 ( ) 名<br><br>(資格取得希望項目)<br>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)<br>4. たんの吸引 (気管カニューレ内部) 5. 経鼻経管栄養<br>6. 人工呼吸器装着者の吸引 (気管カニューレ内部)<br>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<br>※該当するものに○  | 1. 基本研修及び実地研修<br>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<br>※該当するものに○  | 1. 貴就労事業所にて出来る<br>2. 指導看護師を弊社へ依頼する (費用別途必要)<br>※「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。<br><b>FAX : 052-308-8797</b><br><br>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。 |   |     |       |