

***推薦する受講生申込1人につき、本受講申込書を1枚記入して下さい**

***第二号研修をご希望の際、実地研修の履修希望項目を下記より1項目以上選択して下さい**

1 受講を希望する研修種別

第一号研修	⇒	口腔内の喀痰吸引	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
第二号研修		鼻腔内の喀痰吸引	経鼻経管栄養
		気管カニューレ内部の喀痰吸引	

2 受講者及び所属先の情報

フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
受講者氏名	印	年齢	歳	性別	男	女
		施設での通算勤務年数	年	か月		
受講者住所	〒					
特定行為業務従事者認定証の有無		有 ・ 無 ※ 有の場合は写しを添付				
その他の履修免除資格証の有無		有 ・ 無 ※ 有の場合は写しを添付				
所属施設・事業所	設置主体					
	名称	サービスの種別				
	住所					
事業所	連絡先	(TEL)				
		(FAX)				
	(研修申込担当者氏名)					
	利用者の状況 申込日現在	項目	対象利用者数			
		口腔内の喀痰吸引	人			
		鼻腔内の喀痰吸引	人			
気管カニューレ内部の喀痰吸引		人				
胃ろうによる経管栄養		人				
腸ろうによる経管栄養	人					
経鼻経管栄養	人					

3 実地研修先

所属する施設・事業所等	⇒	(所属施設・事業所以外の場合のみ) 内諾を得ている施設・事業所について記載	
所属する施設・事業所等以外		施設・事業所の名称	
		サービスの種別	
		担当者氏名	
		担当者連絡先電話番号	

4 実地研修の指導講師

フリガナ		指導講師所属施設名	
指導講師氏名	印	連絡先電話番号	
研修修了状況	平成22年度以降に国又は県が実施した指導者講習	⇒ 修了証の写しを添付してください。	
	医療的ケア教員講習会	⇒ 修了証の写しを添付してください。	

*申込書の到着をもちまして、指導看護師が喀痰吸引等研修の「実地研修」において、上記介護職員の指導・評価を行うことに同意したものとします。

記載例

社会福祉法人仁成福祉協会 喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）受講申込書

*第二号研修をご希望の際、実地研修の履修

1 受講を希望する研修種別

希望項目を下記より1項目以上選択して下さい

<input checked="" type="radio"/> 第一号研修	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
<input type="radio"/> 第二号研修 ⇒	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引	経鼻経管栄養
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	

*推薦する受講生申込1人につき、本受講申込書を1枚記入して下さい

2 受講者及び所属先の情報

フリガナ	ニノガタ タロウ	生年月日	昭和 47年 4月 1日	
受講者氏名	新潟 太郎 (印)	年齢	30歳	
		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	
		施設での通算勤務年数	8年 0か月	
特定行為業務従事者認定証の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無 ※有の場合は写しを添付			
その他の履修免除資格証の有無	<input type="radio"/> 有・無 ※有の場合は写しを添付			
所属施設・事業所	設置主体	社会福祉法人 ○○福祉会	サービスの種別	
	名称	特別養護老人ホーム○○苑		特別養護老人ホーム
	住所	〒950-8570 新潟市中央区新光町4番地1		
連絡先	(TEL)	025-280-5193	利用者の状況	
	(FAX)	025-280-5229		
(研修申込担当者氏名)	上越 次郎		申込日現在	
			項目	
			対象利用者数	
			口腔内の喀痰吸引	18人
			鼻腔内の喀痰吸引	12人
			気管カニューレ内部の喀痰吸引	1人
			胃ろうによる経管栄養	9人
			腸ろうによる経管栄養	7人
			経鼻経管栄養	2人

申込日現在で記載してください。

申込日現在で記載してください。

事前に受け入れ先の施設・事業所及び実習に協力する利用者の了承を得てください。

3 実地研修先

所属する施設・事業所等

所属する施設・事業所等以外

(所属施設・事業所以外の場合のみ) 内諾を得ている施設・事業所について記載	
施設・事業所の名称	
サービスの種別	
担当者氏名	
担当者連絡先電話番号	

演習及び実地研修の指導講師

フリガナ	ナガオカ ハナコ	指導講師所属施設名	特別養護老人ホーム長岡苑
指導講師氏名	長岡 花子 (印)	連絡先電話番号	025-000-0000

私は、喀痰吸引等研修の「実地研修」において、上記介護職員の指導・評価を行うことに同意します。

研修終了状況	平成22年度以降に国又は県が実施した指導者講習 ⇒ 修了証の写しを添付してください。
	医療的ケア教員講習会 ⇒ 修了証の写しを添付してください。

受講を希望する研修種別に○印をつけてください。

研修種別については、別添の「研修の種類」をご参照ください。

第二号研修を選択する場合、ご希望の履修項目を1項目以上選択して下さい。

認定証をお持ちの方は、写しを添付してください。

※ 研修の一部が履修免除となる場合があります。

研修申込みに係る事務担当者を記入してください。

指導講師の役割を担うことについて、本人の同意を得てください。

同意欄にチェックをしてください。

いずれかににチェックをしてください。