

R 年 月 コース		喀痰吸引等研修(第三号研修)受講申込書	
フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
住所	〒 — TEL 携帯TEL		
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 () 歳		
現在の勤務先	法人名	事業所名	
	事業所在地		
	〒 — 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. 訪問介護員()級 修了者 4. 介護支援専門員 5. 社会福祉士 6. 実務者研修修了者 7. 初任者研修修了者 8. その他()		
職歴	福祉職場の勤務年数 ()年()ヶ月		
対象利用者名	様	様	様
※対象利用者の同意が必要になります。	1. たんの吸引(口腔内)	1. たんの吸引(口腔内)	1. たんの吸引(口腔内)
	2. たんの吸引(鼻腔内)	2. たんの吸引(鼻腔内)	2. たんの吸引(鼻腔内)
	3. たんの吸引(気管カニューレ内)	3. たんの吸引(気管カニューレ内)	3. たんの吸引(気管カニューレ内)
※該当するものに○ をつけてください	4. 経管栄養(胃ろう・腸ろう)	4. 経管栄養(胃ろう・腸ろう)	4. 経管栄養(胃ろう・腸ろう)
	5. 経管栄養(経鼻)	5. 経管栄養(経鼻)	5. 経管栄養(経鼻)
	6. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(口腔内)	6. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(口腔内)	6. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(口腔内)
	7. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(鼻腔内)	7. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(鼻腔内)	7. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(鼻腔内)
	8. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(気管カニューレ内)	8. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(気管カニューレ内)	8. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(気管カニューレ内)

確認表 (※実地研修の指導看護師の要件は正看護師で5年以上の実務経験のある方です)

①就業先に臨床での実務経験5年以上の正看護師が就業していますか？
1. いる 2. いない
②就業先に該当する正看護師がいない場合、実地研修を評価してくれる看護師の手配はできますか？
1. はい 2. いいえ

※本人確認書類と、お持ちの方は資格証の写しをご提出をお願いします

ジョブシティカレッジ豊橋校

●上記に必要事項を正確に記入し、お申込み下さい。

FAX:0532-52-0666