

喀痰吸引等研修 第2号研修 受講申込書

| | | | |
|---------------------|--|----|---------|
| 希望コース | 令和 年 月 コース (免除対象者コース ・ 一般コース) | | |
| ふりがな 氏名 | | 性別 | 男性 ・ 女性 |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 所有資格 | 介護福祉士 ・ 実務者研修修了 ・ 初任者研修修了 訪問介護員()級修了 ・ その他() | 職歴 | 約 年 |
| 住所 | 〒 | | |
| 連絡先TEL | — — (連絡の取りやすい番号をご記入ください) | | |
| 医療的ケア | 受講している (年修了) ・ 受講していない | | |
| 職歴 | 介護福祉現場での経験年数 (年 ヶ月) | | |
| 勤務先種別 | 特別養護老人ホーム ・ 介護老人保健施設 ・ グループホーム(高齢者 ・ 障害者) 訪問介護事業所 ・ 有料老人ホーム ・ その他() | | |
| 勤務先名称 | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | |
| 勤務先電話番号 | — — | | |
| 希望研修種別 □にチェック | <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 ・ <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 ・ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 ・ <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 | | |
| ※ 就労先に実地研修の対象者はいますか | いる ・ いない | | |
| ※ 指導看護師の手配はできますか | できる ・ できない | | |

● 免除対象者コースの方は医療的ケア受講の資格証の写しもご提出ください。 FAX : 0532-52-0666