

令和7年度 第1回 喀痰吸引等研修(第1号・第2号)受講申込書

ふりがな 氏 名			性別	男・女
	①			
生年月日	年 月 日生 ()歳			
現住所	〒 -			
	自宅電話()携帯電話()FAX()			
希望研修種別	<input type="checkbox"/> 第1号研修 <input type="checkbox"/> 第2号研修 (口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部吸引・胃ろう腸ろう・経鼻経管栄養) <input type="checkbox"/> 実地研修のみ(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部吸引・胃ろう腸ろう・経鼻経管栄養) ※第2号研修、実地研修のみ希望の方は希望類型を○で囲んでください			
	<input type="checkbox"/> 確認評価(フォローアップ研修) (講義・演習)			
受講可否通知及び 受講票送付先	(□に✓点を記入してください) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先			
保有資格	1. 介護福祉士 2. ホームヘルパー 3. 介護支援専門員 4. 社会福祉士 5. その他(具体的に)			
受講免除科目の 有無	<input type="checkbox"/> 有(募集要綱をお読みのうえ、証明となる修了証等の写しをお送りください) <input type="checkbox"/> 無			
受講決定後の テキスト購入	テキスト(中央法規刊「 新版 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト 」¥2,420) <input type="checkbox"/> 自分で購入する <input type="checkbox"/> 主催者を通じて購入し研修開始日に会場で受け取る			
勤務先	法人名		事業所名	
	〒 -			
	TEL() FAX()			
勤務先の 施設等種別	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. 有料老人ホーム 5. 障害者(児)施設 6. 訪問介護事業所 7. その他(具体的に)			
たん吸引等が 必要な利用者の 有無	<input type="checkbox"/> 有(下記も記入) <input type="checkbox"/> 無 1. 口腔内吸引 ()人 2. 気管カニューレ内部吸引()人 3. 鼻腔内吸引 ()人 4. 経鼻経管栄養 ()人 5. 経管栄養(胃ろう・腸ろう) ()人 6. 人工呼吸器装着 ()人			