

| 喀痰吸引等研修 第3号研修 受講申込書 |                                                                            |                                       |                                       |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 希望コース               | 令和    年    月    コース                                                        |                                       |                                       |
| ふりがな<br><br>氏名      | <div></div>                                                                | 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<br>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)                                             |                                       |                                       |
| 職歴                  | 現在の職種での経験年数    (    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)<br>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<br>□にチェック    | <input type="checkbox"/> 喀痰(口腔)                                            | <input type="checkbox"/> 喀痰(口腔)       | <input type="checkbox"/> 喀痰(口腔)       |
|                     | <input type="checkbox"/> 喀痰(鼻腔)                                            | <input type="checkbox"/> 喀痰(鼻腔)       | <input type="checkbox"/> 喀痰(鼻腔)       |
|                     | <input type="checkbox"/> 喀痰(気管)                                            | <input type="checkbox"/> 喀痰(気管)       | <input type="checkbox"/> 喀痰(気管)       |
|                     | <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう)                                         | <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう)    | <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう)    |
|                     | <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻)                                          | <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻)     | <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻)     |
|                     | <input type="checkbox"/> 喀痰(口腔) 人工呼吸器                                      | <input type="checkbox"/> 喀痰(口腔) 人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> 喀痰(口腔) 人工呼吸器 |
|                     | <input type="checkbox"/> 喀痰(鼻腔) 人工呼吸器                                      | <input type="checkbox"/> 喀痰(鼻腔) 人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> 喀痰(鼻腔) 人工呼吸器 |
|                     | <input type="checkbox"/> 喀痰(気管) 人工呼吸器                                      | <input type="checkbox"/> 喀痰(気管) 人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> 喀痰(気管) 人工呼吸器 |
|                     | 対象者名(    )様                                                                | 対象者名(    )様                           | 対象者名(    )様                           |