

平成 30 年度 前期喀痰吸引等研修(第二号研修) 受講申込書

記入日 年 月 日

希望の研修会場	医療法人社団 喜生会				
希望の研修回数	<input type="checkbox"/> 第1回目		<input checked="" type="checkbox"/> 第2回目		
施設等関係					
法人名					
サービス種別		施設名			
所在地	〒				
電話番号		FAX 番号			
メールアドレス	@		◆施設代表メールをご記入ください◆		
施設担当者名			役職		
実地研修関係 ※ 研修を希望する行為については利用者数の横( )内に丸をご記入ください					
実施場所 ※介護保険施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 同一法人 <input type="checkbox"/> 関連法人				
利用者数	喀痰吸引 人工呼吸器(有・無)			経管栄養	
	口腔	鼻腔	気管カニューレ内部	胃ろう・腸ろう	経鼻
	人( )	人( )	人( )	人( )	人( )
指導看護師名			実務経験	年	
受講者(専ら介護業務に従事している方) ※同一施設で複数名のお申し込みの場合は氏名欄の( )に優先順位をご記入ください					
ふりがな			性別	男 ・ 女	
氏名	( )		生年月日	昭和 平成	年 月 日生
住民票 所在地	〒				
電話番号 (携帯可)			メールアドレス(携帯可)	@	
介護福祉士資格	有 ・ 無	研修の一部 履修免除	有 ・ 無	免除 項目	・経過措置による口腔吸引 ・基本研修 ・実地研修の一部

※ その他(提出物等)

- ①研修の一部履修免除を証明する修了証等のコピー(受講者募集要項別紙4に該当の者)
  - ②指導看護師の正看護師免許証のコピー ※指導看護師の変更があった場合は必ず連絡してください
  - ③実地研修に係る確認書
  - ④受講決定(結果)送付用封筒1通分【長形3号封筒(82円切手貼付・受講者の住所氏名を記入)】
- ※人工呼吸器装着者の研修については別途研修が必要です。

<郵送先> 〒417-0801 富士市大淵 3900 医療法人社団 喜生会  
 法人本部 担当 西大路 電話番号 0545-36-2211 FAX番号 0545-36-2343

◆当法人記入欄	受付日	受講可否通知	入金日
---------	-----	--------	-----