

平成 29 年度 後期喀痰吸引等研修(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 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
---------	-----	--------	-----