

【別紙1】

※郵送送付

平成 30 年度 喀痰吸引等研修(第二号研修)

実地研修 受講申込書

記入日： 年 月 日

| | | | | | | |
|---|-------------|-------------------------------|----------------|-------------------------------|---|-------------------------------|
| 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研修希望欄に丸印をご記入ください | | | | | | |
| 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 |
| 利用者状況 | 項目 | 利用者数 | 研修希望 | 項目 | 利用者数 | 研修希望 |
| | 口腔内吸引 | 名 | | 胃ろう・腸ろう経管栄養 | 名 | |
| | 鼻腔内吸引 | 名 | | 経鼻経管栄養 | 名 | |
| | 気管カニューレ内部吸引 | 名 | | | | |
| 人工呼吸器装着者 | | 無 / 有 * 人工呼吸器の種類 : マスク / 気管切開 | | | | |
| 指導看護師名 (実務経験年数) | () | () | () | () | () | () |
| 指導者講習または医療的ケア教員講習会の受講 | | 有 ・ 無 | | | | |
| 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(自宅) | | | 緊急連絡先(携帯電話) | | | |
| 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(注1) ・実地研修の一部(注2) | |

※ 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)】

注1: 喀痰吸引等研修の基本研修を履修された方、実務者研修・介護福祉士養成校等で医療的ケアを修了された方

注2: 喀痰吸引等研修(第二号研修)を修了された方

<郵送先> 〒417-0801 静岡県富士市大淵 3898-1 医療法人社団 喜生会
本部 担当: 西大路 電話番号: 0545-36-2211 FAX番号: 0545-36-2215

| | | | | |
|---------|------|---------|------|--------|
| ◆当法人記入欄 | 受付日: | 受講可否通知: | 入金日: | 資料郵送日: |
|---------|------|---------|------|--------|