

2019年度第1回社会福祉法人常陽会喀痰吸引等研修(第一号・第二号研修)受講申込書

1 受講を希望する研修種別

<input type="checkbox"/>	第一号研修
<input type="checkbox"/>	第二号研修

2 受講者及び所属先の情報

フリガナ				生年月日	西暦	年	月	日	
受講者氏名	印	年齢		歳	性別	男・女			
		施設・事業所での経験年数			年	か月			
受講者住所	〒								
連絡先電話番号					保有資格(介護福祉士以外)				
免除科目の有無		有・無		※ 有の場合は修了証明書写しを添付		介護福祉士資格の有無		有・無	
所属施設・事業所	設置主体				サービスの種別				
	名称								
	住所	〒							
	連絡先	(TEL)				利用者の状況(申込日現在)	項目	対象利用者数	
		(FAX)					口腔内の喀痰吸引	人	
連絡先担当者名					鼻腔内の喀痰吸引	人			
					気管カニューレ内部の喀痰吸引	人			
					胃ろうによる経管栄養	人			
					腸ろうによる経管栄養	人			
					経鼻経管栄養	人			

3 実地研修先

所属する施設・事業所等	→	(所属施設・事業所以外の場合のみ)内諾を得ている施設・事業所について記載	
所属する施設・事業所等以外		施設・事業所の名称	
		サービスの種別	
		担当者氏名	
		担当者連絡先電話番号	

4 実地研修の指導講師

フリガナ				指導講師所属施設名	
指導講師氏名	印			連絡先電話番号	
私は、喀痰吸引等研修の「実地研修」において、上記介護職員の指導・評価を行うことに同意します。					
研修修了状況		平成22～30年度に国又は県が実施した指導者講習	⇒	修了証の写しを添付してください。	
		医療的ケア教員講習会	⇒	修了証の写しを添付してください。	

※ 添付書類 別紙1 所属する施設・事業所責任者の確認書