

2019年度 喀痰吸引等研修（第一号・第二号研修） 受講申し込み書

*上記第一号・第二号に○をつけてください

記入日

年

月

日

<申し込み者>

フリガナ				性別	男 ・ 女	
氏名	印					
生年月日	昭和	年	月	日	（ 才）	保有資格
年齢	平成					介護職歴
現住所 連絡先	住所	〒 -				
	TEL		携帯			
	E-メール		FAX			

<施設等関係> *施設(事業所)管理者のご記入欄

勤務先 施設種類	①特別養護老人ホーム ②介護老人保健施設 ③有料老人ホーム ④グループホーム ⑤その他()				
勤務先 住所 連絡先	法人名				
	施設(事業所)				
	所在地	〒 - 千葉県			
	TEL		FAX		
	E-メール				
施設(事業所) 管理(代表)者	役職名		氏名		
希望研修*どちらかに ○をつけてください	①基本研修と実地研修 ② 実地研修のみ				
実地研修 希望項目	*希望項目に○をつけてください *人工呼吸器装着者の研修は行いません ①口腔内喀痰吸引 ②鼻腔内喀痰吸引 ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下及び固形化栄養剤、固形化栄養剤のみ) ②経鼻経管栄養				
実地研修 実地施設	① 勤務先施設 ② 勤務先法人内施設(施設名)				
施設(事業所)内 数人同時の 申し込みの場合	申し込み者数		優先順位		
					番目

*下記は記載しないで下さい

	受講受付日	内容確認	決定通知送付	振込確認	備考
*教育研修G 記入欄					