

## 2021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 ③別途胃ろうからの半固形化栄養剤研修(基本研修+実地研修)				
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(滴下及び半固形化栄養剤、半固形化栄養剤のみ) ⑤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					