

介護職員などによるたん吸引等の実施のための第 3 号研修(特定の者対象)

受講申込書

提出日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名			男	生年月日		
			女	S/H	年 月 日()歳	
本人連絡先	住所	(〒 -)				
	自宅電話	() -	携帯電話	- -		
現在の勤務先	事業所名			種別	1. 訪問介護(介護保険法) 2. 重度訪問(自立支援法) 3. その他	
	所在地	(〒 -)				
	TEL	() -	FAX	() -		
保有資格	※医療・福祉・教育系の資格を記入する					
経験年数	実務経験 ()年()ヵ月					
	たん吸引経験年数 ()年()ヵ月					
特定の対象者 に関する基本情報	ふりがな			年齢	歳	
	氏名					
	住所:(〒 -)					
	TEL	() -	FAX	() -		
	主病名					
	主治医・医療機関	主治医				
		医療機関名				
	訪問看護ステーション名	<input type="checkbox"/>	なし			
<input type="checkbox"/>		あり()				

裏面へ 平成 30 年 1 月 22 日必着

様式 5-2

利用者の ケアの種類 (該当するものに チェックする)	項目	内容	備考	
	<input type="checkbox"/>	口腔内の吸引	(口鼻吸引人工呼吸器)	
			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/>	鼻腔内の吸引	(口鼻吸引人工呼吸器)	
			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/>	気管カニューレ内部の吸引	人工呼吸器	
			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/>	胃ろうによる経管栄養	栄養形態	
		<input type="checkbox"/> 液体	<input type="checkbox"/> 半固形	
<input type="checkbox"/>	腸ろうによる経管栄養	栄養形態		
		<input type="checkbox"/> 液体	<input type="checkbox"/> 半固形	
<input type="checkbox"/>	経鼻経管栄養	栄養形態		
		<input type="checkbox"/> 液体	<input type="checkbox"/> 半固形	
受講希望研修 (該当するものに チェックする)	項目	研修内容		
	<input type="checkbox"/>	基本研修のみ		
	<input type="checkbox"/>	基本研修	実地研修	
	<input type="checkbox"/>	基本研修	経管栄養限定	
	<input type="checkbox"/>	基本研修	経管栄養	実地研修
	<input type="checkbox"/>	実地研修のみ		

事業所確認欄	
上記の者を「介護職員などによるたん吸引等の実施のための研修(特定の者対象)」の受講者として申し込みします。	
日付:平成 年 月 日	
東北福祉カレッジ様	
事業所名	
所在地	
代表者名	印