|  |
| --- |
| * 郵送送付 |

【別紙１】

令和　　　　年度　喀痰吸引等研修（第一号・第二号研修）　（共通）　受講申込書

記入日：　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望研修会場 | | □　宮城県　□秋田県　□　福島県　□　岩手県　□　東京都 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望研修 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |  | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ(※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　　　※　研修を希望する特定行為に○印をご記入ください（利用者が居る場合に限る） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施場所（介護保険施設等） | | | | | | □　自施設　　　　□　同一法人　　　　□　関連法人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者状況 | 項目 | | | | | | | 研修希望 | | | | 利用者数 | | | | | 項目 | | | | | | 研修希望 | | 利用者数 |
| 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） | | | | （　　） | | | | | | | （　　） | | | | | | | （　） | | | | | | （　　） | |
| 受講者（専ら介護業務に従事している方） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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）  ※緊急連絡先は必ずご記入ください | | | | | | | |  | | | | |
| 介護福祉士資格 | | | | 有　・　無 | | | | | | 介護福祉士資格取得年月日 | | | | | | | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | |
| 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　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |

※　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指導看護師講習または医療的ケア教員講習会の修了証のコピー

④実地研修に係る確認書

⑤受講決定（結果）送付用封筒1通分　【長形3号封筒（8４円切手貼付・受講者の住所氏名を記入）】

|  |
| --- |
| ＜郵送先＞　〒980-0003 宮城県仙台市青葉区小田原4‐2‐50‐2　　日本介護福祉士実務者研修養成協会  人事企画部 担当：中川・池田　　電話番号：022－256-1931　　ＦＡＸ番号：022－264-1202 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ◆当事業団記入欄 | 受付日： | 受講可否通知： | 入金日： |