

平成 27 年度 大泉保育福祉専門学校

喀痰吸引等研修（第一号・第二号研修）受講申込書

受講者（本人）記入欄

申込日： 平成 年 月 日

ふりがな			男・女	生年月日
氏 名			昭和 平成	年 月 日
本人連絡先	TEL () -			
勤 務 先	施設・事業所名			
	所 在 地	〒 -		
	TEL FAX	() ()	- -	
施設・事業所種別	(例・特別養護老人ホーム、障害者支援施設等)			
保有資格	1. 介護福祉士 2. 介護福祉士実務者研修課程修了 3. 訪問介護員 () 級 4. その他 ()			
実務年数	年 月			
他の喀痰吸引等に関する 研修の履修 (有る場合のみ記入してください)	※研修名を記入の上、履修したことが証明できるものを添付してください。 研修名：			
事業所管理者等記入欄				
実地研修先の確保について	1. 自施設 2. 同法人内の他施設 3. その他 ()			
希望する実地研修の種別について (番号に○をつけてください)	1. 第一号研修 (下記項目のすべてを行う) 2. 第二号研修 (下記項目のいずれかを行う) 〔 口腔内吸引、鼻腔内吸引、気管カニューレ内部吸引 胃ろう又は腸ろう経管栄養、経鼻経管栄養 〕			
指導看護師 氏 名			※複数の場合は、代表者のみ	
指導看護師 勤 務 先	施設・事業所名			
	所 在 地	〒 - (受講者と同じ場合は「同上」と記入してください)		
指導者研修 の修了	研修機関			
	修了証書番号			

上記のとおり、喀痰吸引等研修の受講を申し込みます。

平成 年 月 日

施設・事業所管理者名