

**2021年度喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）
「介護職員基本研修《免除》・実地研修」受講申込書**

1 受講希望介護職員氏名

| | | | |
|------|-----|-------------|-----|
| ふりがな | | 生 年 月 日 | 性別 |
| 氏 名 | Ⓧ | 昭和・平成 年 月 日 | 男・女 |
| 住 所 | 〒 | | |
| 電話番号 | - - | 保有資格 | |

2 勤務先事業所名等

| | |
|------|-----------------|
| 事業所名 | 法人名 (事業所番号：) |
| | 事業所名 |
| | 事業所種別(例:通所介護 等) |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | TEL - - FAX - - |
| | E-mail @ |
| | 所属・役職等 担当者名 |

3 介護福祉士実務者研修「医療的ケア」（50時間）実施について

| | |
|-------|-----------------|
| 研修機関名 | 所在地 |
| 研修修了日 | 修了証書 有・無 ※写しを添付 |

4 実地研修先の確保について

| | | | | | | |
|---|--|---------------|----------|------|----------------|--------|
| 研修先 | ※該当する番号に○を付けてください。2、3の場合は（ ）内に事業所名を記入してください。 1 所属施設・事業所 2 同法人内の他の施設・事業所 3 その他、協力事業所等 () () | | | | | |
| 指導看護師 ※書ききれない場合は裏面に記入してください。 | 氏 名 | 勤務先 | 受講した研修機関 | 受講年度 | | |
| | | | | 年度 | | |
| | | | | 年度 | | |
| | | | | 年度 | | |
| 実施可能な 実地研修 (利用者状況) | ※第一号または第二号にレ点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 第一号研修 ①～⑤全て <input type="checkbox"/> 第二号研修 ①～⑤のうち、希望する項目の欄にレ点をつけてください。 | | | | | |
| | 研修希望 | 項 目 | 利用者数※1 | 研修希望 | 項 目 | 利用者数※1 |
| | | ① 口腔内吸引 | 名 | | ④ 胃ろう又は腸ろう経管栄養 | 名 |
| | | ② 鼻腔内吸引 | 名 | | ⑤ 経鼻経管栄養 | 名 |
| | | ③ 気管カニューレ内部吸引 | 名 | | | |
| ※1：実地研修の実施に同意を得られる予定の利用者数（申込時点での人数）を記入してください。 | | | | | | |

上記のとおり、喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）の受講を申し込みます。

2021年 月 日

施設長・事業所管理者

職 位

氏 名

Ⓧ