国際医療福祉大学

2023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。 ☐ 第一号研修　①～⑤全て ☐ 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。

2023年　　月　　日　　施設長・事業所管理者

職　位

氏　名　　㊞