

2024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 -1胃ろう又は腸ろう経管栄養(滴下のみ)	名
		② 鼻腔内吸引	名		④ -2胃ろう又は腸ろう経管栄養(滴下及び半固形化栄養剤)	名
		③ 気管カニューレ内部吸引	名		⑤ 経鼻経管栄養	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。 ※2：半固形化栄養剤に関する講義や演習を実施した方に限ります。						

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。

2024年

月

日

施設長・事業所管理者

職 位

氏 名

Ⓜ