

## 令和4年 第1回 喀痰吸引等研修 受講申込書

令和      年      月      日

ふりがな 氏名	性別	生年月日 昭和・平成 年      月      日	資格（例：介護福祉士など）
自宅住所 〒..... ..... .....		介護職経験年数 年      カ月	
電話番号（☑を記入） <input type="checkbox"/> 自宅..... <input type="checkbox"/> 携帯..... <input type="checkbox"/> F A X.....		受講票等郵送物の送付先（☑を記入） <input type="checkbox"/> 自宅へ郵送希望 <input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送希望	

### 【申込者勤務先について】

法人名 (例：社会福祉法人〇〇会など)	
種 別 (例：特別養護老人ホームなど)	
施設名称	
住 所	
連絡先	電 話 ..... F A X .....

※受講決定通知はご自宅または勤務先へFAXで送付いたします。どちらもFAXが無い場合は郵送物の送付希望先へ郵送します。

### 【勤務先での利用者数などについて】（該当する項目に☑を入れ、人数を記入して下さい）

<input type="checkbox"/> ①口腔内吸引（      ）名	<input type="checkbox"/> ②鼻腔内吸引（      ）名
<input type="checkbox"/> ③胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（      ）名	
<input type="checkbox"/> ④口腔内吸引の必要な方の受け入れ予定がある	
<input type="checkbox"/> ⑤鼻腔内吸引の必要な方の受け入れ予定がある	
<input type="checkbox"/> ⑥胃ろう又は腸ろうの必要な方の受け入れ予定がある	
<input type="checkbox"/> ⑦所属施設に喀痰吸引等の指導看護師がいる	<input type="checkbox"/> ⑧所属施設に喀痰吸引等の指導看護師がいない

※以下は、一部科目が免除もしくは一部履修済みの方のみご記入ください。

免除（または一部履修済み）科目について申告書（☑を記入）

<input type="checkbox"/> 基本研修すべて （ 講義+筆記試験+シミュレーター演習 ）
基本研修のうちの一部 * 講義 <input type="checkbox"/> 人間と社会 <input type="checkbox"/> 保健医療制度とチーム医療 <input type="checkbox"/> 安全な療養生活 <input type="checkbox"/> 清潔保持と感染予防 <input type="checkbox"/> 健康状態の把握 <input type="checkbox"/> 高齢者および障害児・者の喀痰吸引概論 <input type="checkbox"/> 高齢者および障害児・者の喀痰吸引実施手順解説 <input type="checkbox"/> 高齢者および障害児・者の経管栄養概論 <input type="checkbox"/> 高齢者および障害児・者の経管栄養実施手順解説 <input type="checkbox"/> 筆記試験  * シミュレーター演習 <input type="checkbox"/> 口腔内喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
<input type="checkbox"/> 実地研修すべて （ 口腔内吸引・鼻腔内吸引・胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ）
実地研修のうちの一部 <input type="checkbox"/> 腔内喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養

私は、上記☑の科目については免除（一部履修済み）となりますので、証明書類の写しを添えて申告いたします。

受講申込者名.....