# 喀痰吸引等研修(第二号研修)一般　受講申込書

| | 希望コース　　月 | | 令和　年　月　日 |
|---|---|---|---|
| フリガナ<br>氏名 | | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　－<br>TEL　　携帯 | | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日生　（　　）歳 | | |
| 現在の勤務先 | 法人名　　事業所名<br>〒<br>TEL　　FAX | | |
| 助成金活用する場合はこちらに〇をつけてください | （　　）助成金を活用する | | |
| 施設種別<br>※該当するものに〇 | 1. 特別養護老人ホーム　2. 介護老人保健施設　3. グループホーム<br>4. 訪問サービス　5. 有料老人ホーム　6. 障害者施設　7. 他（　　） | | |
| 保有資格<br>※該当するものに〇 | 1. 介護福祉士　2. 介護職員基礎研修修了者　3. 訪問介護員（　　）級修了者<br>4. 介護支援専門員　5. 実務者研修修了　6. その他（　　） | | |
| 職歴 | 福祉職場の勤務年数　（　　）年（　　）ヶ月 | | |
| 希望研修種別<br>（取得を希望する項目に〇をつける） | □ ①口腔内の喀痰吸引　□ ②鼻腔内の喀痰吸引<br>□ ③気管カニューレ内部の喀痰吸引<br>□ ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養　□ ⑤経鼻経管栄養<br>□ ⑥人工呼吸器装着者の口腔内の喀痰吸引<br>□ ⑦人工呼吸器装着者の鼻腔内の喀痰吸引<br>□ ⑧人工呼吸器装着者の気管カニューレ内部の喀痰吸引 | | |
| 医療的ケアが必要な入居者の人数<br>（申し込み時点で） | ①たんの吸引（口腔内）　約（　　）名<br>②たんの吸引（鼻腔内）　約（　　）名<br>③たんの吸引（気管カニューレ内）　約（　　）名<br>④経管栄養（胃ろう・腸ろう）　約（　　）名<br>⑤経管栄養（経鼻）　約（　　）名<br>⑥人工呼吸器装着者のたん吸引(口腔内)　約（　　）名<br>⑦人工呼吸器装着者のたん吸引(鼻腔内)　約（　　）名<br>⑧人工呼吸器装着者のたん吸引(気管カニューレ内)　約（　　）名 | | |

＊就労先施設等での実地研修を希望しますか？

1. 希望する　　2. 希望しない　⇒　以後の質問に回答不要

＊就業先施設に「平成23･24年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための指導者講習事業」における指導者講習を修了した医師、看護師、保健師、助産師及び上記指導者講習と同様の内容の講習として都道府県において実施された講習等を修了した医師、看護師、保健師、助産師がいますか？

1. いる　　2. いない

＊就業先に臨床での実務経験3年以上の正看護師が就業していますか？

1. いる　　2. いない

※就労先施設の実地研修が可能な事業所は、「実地研修実施機関承諾書」「実地研修委託契約書」「指導者の資格証及び履歴書の写し」をご提出頂きます。

**●上記に必要事項を正確に記入し、お申込み下さい。　FAX　：　0532-52-0666**