

喀痰吸引等研修(第三号研修)受講申込書

フリガナ 氏名			性別	男 ・ 女
住所	〒 —			
	TEL	携帯TEL		
生年月日	年 月 日生 ()歳			
現在の勤務先	法人名		事業所名	
	事業所在地			
	〒 —			
	TEL	FAX		
	E-mail			
施設種別 ※該当するものに○	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 4. 訪問サービス 5. 有料老人ホーム 6. 障害者施設 7. その他()			
保有資格 ※該当するものに○	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 4. 介護支援専門員 5. 社会福祉士 6. 実務者研修修了者 7. 初任者研修修了者 8. その他()			
職歴	福祉職場の勤務年数 ()年()ヶ月			
対象利用者名	様	様	様	様
※対象利用者の同意書の 必要があります。	1. たんの吸引(口腔内)	1. たんの吸引(口腔内)	1. たんの吸引(口腔内)	1. たんの吸引(口腔内)
	2. たんの吸引(鼻腔内)	2. たんの吸引(鼻腔内)	2. たんの吸引(鼻腔内)	2. たんの吸引(鼻腔内)
<input checked="" type="checkbox"/> 第三号研修 希望研修種別	3. たんの吸引(気管カニューレ内)	3. たんの吸引(気管カニューレ内)	3. たんの吸引(気管カニューレ内)	3. たんの吸引(気管カニューレ内)
※該当するものに○	4. 経管栄養(胃ろう・腸ろう)	4. 経管栄養(胃ろう・腸ろう)	4. 経管栄養(胃ろう・腸ろう)	4. 経管栄養(胃ろう・腸ろう)
	5. 経管栄養(経鼻)	5. 経管栄養(経鼻)	5. 経管栄養(経鼻)	5. 経管栄養(経鼻)
	6. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(口腔内)	6. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(口腔内)	6. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(口腔内)	6. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(口腔内)
	7. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(鼻腔内)	7. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(鼻腔内)	7. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(鼻腔内)	7. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(鼻腔内)
	8. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(気管カニューレ内)	8. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(気管カニューレ内)	8. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(気管カニューレ内)	8. 人工呼吸器装着者のたんの吸引(気管カニューレ内)

確認表 (※実地研修の指導看護師の要件は正看護師で5年以上の実務経験のある方です)

①就業先に臨床での実務経験5年以上の正看護師が就業していますか？

1. いる 2. いない

②就業先に該当する正看護師がいない場合、実地研修を評価してくれる看護師の手配はできますか？

1. はい 2. いいえ

ジョブシティカレッジ豊橋校

※上記に必要事項を正確に記入し、FAXにてお申込み下さい。

FAX:0532-52-0666