

**2021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	印	昭和・平成	年	月 日
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
		① 口腔内吸引	名		④ 胃ろう又は腸ろう経管栄養
		② 鼻腔内吸引	名		⑤ 経鼻経管栄養
		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。

2021年 月 日 施設長・事業所管理者

職位

氏名

印