

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための第三号研修（特定の者対象）

受講申込書

提出日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名	印	男	生年月日	
		女	S・H	年 月 日( )歳
本人連絡先	住所			
	自宅電話		携帯電話	
現在の勤務先 (種別については、 該当するものすべてに○)	事業所名	種別	1. 訪問介護（介護保険） 2. 重度訪問介護（自立支援法） 3. その他（ ）	
	所在地：〒			
	TEL		FAX	
保有資格	※ 医療・教育・福祉系の資格を記入			
経験年数	・実務経験年数( )年( )ヶ月 ・たん吸引経験年数( )年( )ヶ月			
ケアする特定の者に関する 基本情報	ふりがな 氏名		年齢	歳
	住所：〒			
	TEL		FAX	
	主病名			
	主治医・医療機関名			
	訪問看護ステーション名		無・有( )	
利用者のケアの種類 (該当するものにチェックを付けて下さい)	<input type="checkbox"/> 口腔内の吸引（ <input type="checkbox"/> 鼻マスク式人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の吸引（ <input type="checkbox"/> 鼻マスク式人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内の吸引（人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養（栄養形態 <input type="checkbox"/> 液体 <input type="checkbox"/> 半固形） <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養（栄養形態 <input type="checkbox"/> 液体 <input type="checkbox"/> 半固形） <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養（栄養形態 <input type="checkbox"/> 液体 <input type="checkbox"/> 半固形）			
受講希望研修 (希望する研修にチェックを付けて下さい)	<input type="checkbox"/> 基本研修 + 実地研修 <input type="checkbox"/> 基本研修のみ <input type="checkbox"/> 基本研修の「経管栄養」のみ <input type="checkbox"/> 基本研修の「経管栄養」 + 実地研修 <input type="checkbox"/> 実地研修のみ			

事業所確認欄

上記の者を「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（特定の者対象）」の受講者として申込みいたします。

平成 年 月 日

仙台往診クリニック 様

事業所名

代表者

印