年　　月　　日

喀痰吸引等研修（第１・２号研修）

受講申込書・調書 11月開講（1月スクーリング）

ふりがな 氏名		性別	男　・　女
現住所	〒　　－ TEL　　携帯 TEL ※お申し込み後「purehappi@gmail.com」までメールを送ってください。 件名は「オンライン申し込み〇〇（お名前)」でお願いします。		
生年月日	年　　月　　日 生　（　　）歳		
現在の勤務先	法人名　　施設名 〒　　－ TEL　　FAX E-mail		
希望演習日 ※希望する日程に〇	1月 27 日・28 日・どちらでも可 ※　演習日程は最終的に申し込み人数によって調整いたします（筆記試験は 1 月 20 日です）		
施設種別 ※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　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 ※該当するものに〇	１．介護福祉士　２．介護職員基礎研程修了者　３．ホームヘルパー　　級修了者 ４．実務者研修　５．初任者研修　６．その他（具体的に　　）		
職歴	福祉職場の勤務年数　（　　）年（　　）か月		
資格取得希望の項目 ※該当するものに〇	①痰の吸引（口腔内）②痰の吸引（鼻腔内）③経管栄養（胃ろう・腸ろう）④たんの吸引（気管カニューレ内部）⑤経鼻経管栄養　⑥人工呼吸器装着者への吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ）		
医療的ケアが必要な入居者の人数 ※該当するものに人数を記入	①痰の吸引（口腔内）（　人）　②痰の吸引（鼻腔内）（　人） ③経管栄養（胃ろう・腸ろう）（　人）　④痰の吸引（気管カニューレ内部）（　人） ⑤経鼻経管栄養（　人） ⑥人工呼吸器装着者への吸引（口腔内　人・鼻腔内　人・気管カニューレ　人）		

① 実地研修について

1. 貴就労施設にて出来る⇒下記項目へ回答　　2.医療的ケアが必要な実地研修対象者がいない

② 貴就労施設に「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

③ 貴就労施設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

※貴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」「指導者の資格証の写し」をご提出いただきます。

① 上記に必要事項を正確に記入しＦＡＸ又は郵送にてお申込みください。　**ＦＡＸ：０５２－３０８－８７９７**

② 免除科目のある方は修了証明書の写しも添付してください。