

平成28年度 介護職員に対する喀痰吸引等研修

第3号(特定の者対象)研修 第1回 全課程

【基本研修(講義・演習)、知識獲得確認テスト、実地研修】

研修受講申込書(所属用)

平成 年 月 日現在

法人名		施設・事業所名	
代表者名			
施設・事業所住所	〒 .		
報告担当者名		電話:	Fax:

受講生氏名(氏名・生年月日は、住民票と同じであること) (/)

受講生数が多い場合は、この申し込み用紙をコピーして / と枚数を記してください。

受講生氏名 (生年月日)西暦		1			2			3		
		(年 月 日)			(年 月 日)			(年 月 日)		
実地研修協力利用者氏名		1	2	3	1	2	3	1	2	3
利用者の医行為		1	2	3	1	2	3	1	2	3
喀痰吸引	A 口腔内									
	B 鼻腔内									
	C 気管カニューレ内部									
経管栄養	D 胃ろう・腸ろう									
	E 経鼻経管栄養									
指導講師 (看護師等)	氏名									
	所属									
該当に	自社職員等講師									
	他社依頼講師									
備考										