

平成28年度 介護職員に対する喀痰吸引等研修

第3号(特定のものの対象)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(個人用)

社会福祉法人 翔の会

研修生氏名	住 所:〒		
	ふりがな 氏 名	印 (男 ・ 女)	
生年月日・年齢	(西暦) 年 月 日生 ()歳		
現在の勤務先	法人名		施設・事業所名
	所在地:〒		
	TEL		FAX
保有資格 該当に	1.介護福祉士 2.ホームヘルパー(1級、2級、3級) 3.介護支援専門員 4.社会福祉士 5.その他(具体的に)		
福祉関係経験年数	a.福祉関係勤続年数	年	ヶ月
	b.現在の勤務先勤続年数	年	ヶ月
医療的ケアに関する課題・意見等がありましたら ご自由にお書きください。			
受講生が行う 実地研修 協力利用者名 及び 医行為	利用者氏名	医行為	
		A . B . C . D . E	
		A . B . C . D . E	
		A . B . C . D . E	
		A . B . C . D . E	
		A . B . C . D . E	
喀痰吸引: A 口腔内のたんの吸引 B 鼻腔内のたんの吸引 C 気管カニューレ内のたんの吸引 経管栄養: D 胃ろう腸ろうからの経管栄養 E 経鼻経管栄養			
指導講師名	氏名	職 名	
		所 属	
実地研修実施機関名	事業所名		

氏名記入のご注意: この調書は「修了証」の発行等に使用されます。氏名・生年月日・住所は住民票に則って正確に記入して下さい。また、氏名の漢字については特に注意してください。例えば「斉藤」には「齊」・「齋」・「齎」があり、住民票と異なる文字での「修了証」では、県から申請時に受領してもらえません。充分ご注意ください。

受講の期間中に、結婚等で名字が変わった方は必ず届出てください。