2022年度　9月開講　喀痰吸引等研修（第一号・第二号研修）　受講申し込み書

＊上記第一号・第二号に○をつけてください　　記入日　　年　　月　　日

＜申し込み者＞

フリガナ			
氏名			
生年月日 年　齢	昭和 年　　月　　日　（　　才） 平成	保有資格	
		職歴	年　　ヶ月
現住所 連絡先	住所	〒　　－	
	TEL		携帯
	E-メール		FAX

＜施設等関係＞　＊施設（事業所）管理者のご記入欄

勤務先 施設種類	①特別養護老人ホーム　②介護老人保健施設　③有料老人ホーム ④グループホーム　⑤保育所　⑥その他(　　)			
勤務先 住所 連絡先	法　人　名			
	施設（事業所）			
	所在地	〒　　－ 千葉県		
	TEL		FAX	
	E－メール			
施設（事業所） 管理（代表）者	役職名		氏　名	
希望研修 ○をつけてください	①基本研修と実地研修　②　実地研修のみ ③別途胃ろうからの半固形化栄養剤研修(基本研修＋実地研修)			
実地研修 希望項目	＊希望項目に○をつけてください　＊人工呼吸器装着者の研修は行いません ①口腔内の喀痰吸引　②鼻腔内の喀痰吸引　③気管カニューレ内部の喀痰吸引 ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下及び半固形化栄養剤、　半固形化栄養剤のみ）　⑤経鼻経管栄養			
実地研修 実地施設	①　勤務先施設　②　勤務先法人内施設（施設名　　）			
施設（事業所）内 数人同時の 申し込みの場合	申し込み者数	優先順位		
		番目		

＊下記は記載しないで下さい

	受講受付日	内容確認	決定通知送付	振込確認	備考
＊教育研修G 記入欄					