

提出締切：平成28年10月14日（金）

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）受講申込書

受講申込者	ふりがな 氏名		注 <sup>1</sup> 優先順位	
	性別	男 ・ 女		
	生年月日	(西暦) 年 月 日 ( ) 歳		
	住所	〒		
	電話	※受講できない場合の連絡に使用しますので、日中連絡が取れる番号をご記入ください。		
勤務先 (推薦 事業所)	法人名			
	事業所名			
	所在地	〒		
	管理者氏名			
	電話			
実地研修に おける注 <sup>2</sup> 指導 看護師等 (予定を含む)	氏名			
	所属事業所名			
	保有資格			
	電話			
特定の者 (利用者／実地研修対象者)	氏名			
	性別	男 ・ 女		
	生年月日	(西暦) 年 月 日 ( ) 歳		
実施する行為 (該当するものに○印)	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 経管栄養（胃ろう又は腸ろう） 5 経管栄養（経鼻）			
現在、上欄の行為を必要としている状況（いずれかに○をしてください。）	1 現に利用者に関わっている。 2 近日中に利用者に関わる予定がある。 3 現在のところ、利用者に関わる予定はない。 4 その他 ( )			
民間が行う研修ではなく、県が行う研修を受講する理由 (該当するものに○印)	1 民間が研修を行っていることを知らない。 2 県の研修は民間と比べて受講費用が安価である。 3 その他 ( )			

注1：「優先順位」は同一法人で複数の申込みを行う場合に記入のこと。

注2：「指導看護師等」は、自己学習により指導者養成事業を修了し受領書の交付を受けた者であること。

※ご記入いただいた内容は、本研修事業に関する手続きのみに使用いたします。