公益財団法人　介護労働安定センター　愛媛支部

喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）受講申込書

　　年　　月　　日

◆受講を希望する研修等について（該当する□に✔をつけてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| * 第一号研修 | |
| * 第二号研修 | * 口腔内の喀痰吸引 |
| * 鼻腔内の喀痰吸引 |
| * 気管カニューレ内部の喀痰吸引 |
| * 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 |
| * 経鼻経管栄養 |

◆受講希望者について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | |
| 受講者名 |  | | |
| 生年月日 | 〔　昭和　・　平成　〕　　　　年　　　　月　　　　日 | 年　齢 | 歳 |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | 〔電話番号〕　　　　　　　　　　　　〔携帯番号〕 | | |
| 履修免除、科目免除及び特定行為の追加をご希望の方  （該当する□に✔をつけてください）※ | * 介護福祉士実務者研修修了   実務者研修（医療的ケアを含む）修了した方   * 介護福祉士養成施設（大学・専門学校）などで医療的ケア（基本研修（講義・演習））の科目を修了 * 喀痰吸引等研修　基本研修（講義・演習）修了 * 喀痰吸引等研修（第二号研修）修了 | | |

* + 該当する方は、卒業証明書（写）もしくは修了証等（写）が必要となります。

◆所属する施設等について

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 施設・事業所名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| E-Mailアドレス  **(必須)** |  |

※『申込完了・受講通知書』『筆記試験合否結果』等メールでのご連絡となりますので、必ず**事業所**

**アドレスのご記入**をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※支部確認欄