

令和 6 年度 喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）受講申込書

法 人 名			
施設・事業所名			
住 所	〒		
御担当者名			
TEL	FAX		

■喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）の受講希望者

受 講 申 込 者 名	(ふりがな)	男 ・ 女	生 年 月 日		
			年 月 日		
自 宅 住 所	〒				
連 絡 先	電話番号		携帯番号		
ZOOM開催案内をお送りするメールアドレス(必須) (受講時に使用する端末で受信できるものを推奨)		フリガナ			
希望する研 修課程に○ をつけてく ださい。	(1) 第一号研修 (5行為)				
	(2) 第二号研修 (修了を希望する行為を○で選んでください)				
	1 口腔	2 鼻腔喀痰	3 気切喀痰	4 胃ろう	5 経鼻経管
	(3) 科目免除コース※ (修了を希望する行為を○で選んでください)				
	1 口腔	2 鼻腔喀痰	3 気切喀痰	4 胃ろう	5 経鼻経管
	(4) 科目免除コース (当センター修了生対象) (修了を希望する行為を○で選んでください)				
	1 口腔	2 鼻腔喀痰	3 気切喀痰	4 胃ろう	5 経鼻経管

※ (3) の申込み者は、修了証書の写しが必要となります。

実地研修可能であることが、受講の条件です。

■実地研修実施に関わる確認事項

実 地 研 修 実 施 の 可 否	可 ・ 不可				
実地研修を実施できる場合、 貴施設における各医行為対象 となる利用者人数	喀痰吸引の対象者数			経管栄養の対象者数	
	口腔	鼻腔	気管チューブ	胃ろう又は腸ろう	経鼻経管

注) 喀痰吸引等研修における実地研修指導看護師 調書及び承諾書〔様式 2 号〕、看護師等免許証の写し、医療的ケア教員講習会等の写しが必要です。