

公益財団法人 介護労働安定センター 沖縄支部
喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）受講申込書

令和 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。）

修得を希望する 行為について	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引
	<input type="checkbox"/> 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
	<input type="checkbox"/> 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
介護福祉士資格	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(取得年月日:	年	月	日)	※登録証のコピーを添付
自宅住所	〒					
連絡先	〔電話番号〕			〔携帯番号〕		
履修免除をご希望の方 (□に✓をつけてください)	<input type="checkbox"/> 実務者研修（医療的ケアを含む）修了者 ※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	FAX番号		

«お申し込みにあたり、必要な書類確認»

- [様式1-2] 受講申込書
- 介護福祉士登録証（写）※所持している方のみ必要
- 喀痰吸引等研修（第二号研修）修了証（写）
- [様式2] 喀痰吸引等研修推薦状
- [様式3] 指導看護師調書及び承諾書
- 指導看護師の保有資格証（写）
- 指導看護師の「指導者養成講習」もしくは「医療的ケア教員講習会」修了証（写）
- [様式4] 実地研修に係る確認シート
- [様式5] 実地研修実施機関承諾書