

喀痰吸引等研修 受講申込書 FAX 用紙 記入日 西暦 年 月 日

フリガナ			男	生年月日・年齢	
氏名			・	S・H	年 月 日 ( ) 歳
			女		
受講区分 1	<input type="checkbox"/> 第 1 号研修 (右記 5 つの行為すべて) <input type="checkbox"/> 第 2 号研修 (右記希望する行為に 4 つまで <input checked="" type="checkbox"/> )		<input type="checkbox"/> ①口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ②鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> ⑤経鼻経管栄養		
受講区分 2	<input type="checkbox"/> 第 3 号研修				
受講区分 3	<input type="checkbox"/> 基本研修免除 (実地研修のみ)				
連絡先	自宅住所	〒  (番地、マンション名等も正確に記入してください)			
	自宅電話		携帯電話		
勤務先	法人名 施設名				
	所在地	〒			
	TEL		FAX		
勤務先 (事業別) 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 障がい者支援施設 <input type="checkbox"/> 生活介護事務所 <input type="checkbox"/> 短期入所事務所 <input type="checkbox"/> 福祉型障害児入所施設 <input type="checkbox"/> 障がい児通所支援事業 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
実務経験年数	( ) 年 ( ) ヶ月 (※申し込み時点)				
基本研修免除 (実地研修のみ)	※基本研修の免除を申請する場合はご記入ください。				
	教育機関名				
	講座名	<input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> その為 ( )			
	「医療的ケア」 受講日	講義	年 月 日～ 年 月 日		
演習		年 月 日～ 年 月 日			