

平成30年度 喀痰吸引等研修（第二号研修）

受講申込書

受講希望	受講研修	基本研修及び実地研修		実地研修のみ		受講希望順		希望順に「1」「2」を記入してください。 (受講不可能な回は空欄)				
		第1回 10月から		第2回 1月から								
受講者情報	フリガナ 氏名			生年月日		昭和・平成		年		月 日		
	住所	〒		性別		男		女				
	電話番号			研修の一部履修 免除 ※1		該当		非該当				
	メールアドレス ※施設代表メールを ご記入ください			@								
	緊急連絡先											
	介護福祉士資格 及び職歴	有		無		福祉現場の勤続年数		()年 ()ヶ月		現勤務先の勤続年数		()年 ()ヶ月
事業所情報	事業所種別			事業所名称								
	住所	〒		担当者名								
	電話番号			FAX番号								
実施研修関係 (事業所の状況等)	実地研修実施の 可否	①自施設での実地研修は可能か？						可		否		
		②「①」で「否」の場合・・・同一法人内の施設での実地研修は可能か？						可		否		
	勤務先の利用者 状況	項目	利用者人数	研修希望	項目	利用者人数	研修希望					
		口腔内吸引			胃ろう・腸ろう経管栄養							
		鼻腔内吸引			経鼻経管栄養							
		気管内カニューレ										
実地研修施設名			指導看護師氏名 ※准看護師不可									
備考												

※1 研修の一部履修免除の場合はそれを証明する修了証等のコピー(受講者募集要項別紙4に該当の者)

自施設(現在の勤務先)での実地研修が「否」の場合、所属する法人内他事業所(施設)での実習の可否について記載してください

②指導看護師の正看護師免許証のコピー **※指導看護師の変更があった場合は必ず連絡してください**

③指導看護師講習または医療的ケア教員講習会の修了証のコピー

実地研修で実施する行為は5行為の中から任意で選ぶことができます。希望する行為の欄に○印をおつけください。対象者が不在の場合、当方で実習施設を紹介することも可能です。紹介を希望される場合には、**行為の欄に「要紹介」と記載**してください。(ただし、状況によっては紹介できない場合もあります。詳しくは募集要項をご確認ください。)

養成施設等の教育課程において医療的ケアの科目修了者、喀痰吸引等研修第2号研修修了者、介護職員実務者研修修了者、「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」(平成22年4月1日厚生労働省医政局長通知)に基づく研修修了者が該当となります。申込書に研修修了を証明する書類を添付してください。

>同一の施設で受講希望者が複数いる場合は、受講者1名ごとに申込書を作成してください。

磐田市立総合病院 記入欄	受付日：	受講可否通知：	入金日：
--------------	------	---------	------