

令和5年度喀痰吸引等研修(第一号・第二号)受講申込書
 エクセル版の申込書は、ホームページに掲載しております。

群馬社会福祉専門学校 (<http://www.shoken-gakuen.ac.jp/college/>) > 喀痰吸引等研修

受講者(本人)記入欄

申込日: 令和 年 月 日

ふりがな			男・女	生年月日	
氏名				昭和 平成	年 月 日
本人連絡先	住所	〒 -			
	TEL	() -	携帯	- -	
	メールアドレス				
勤務先	施設・事業所名				
	所在地	〒 -			
	TEL FAX	() - () -			
施設・事業所種別	(例: 特別養護老人ホーム、障害者支援施設等)				
保有資格	1. 介護福祉士 2. 介護職員基礎研修修了 3. 訪問介護員()級課程修了 4. その他() ※申込時に資格証・修了証の写しを必ず同封してください。				
経験年数	年 カ月				
申込み種別	1. 基本研修(講義・演習)		2. 基本研修(演習)		3. 実地研修のみ
講義のオンライン受講について	1. 希望する		2. 希望しない		
受講の一部免除に関する 研修履修の有無	1. 無 2. 有(修了研修の名称:) ※申込時に修了証の写しを必ず同封してください。				

事業所管理者等記入欄

実地研修先(登録事業者)の確保について	1. 勤務先事業所 2. 同法人内の他事業所 3. その他()				
施設・事業所で実地研修が可能な行為について	1. 第一号研修・第二号研修内容(該当項目に○をつけてください) [喀痰吸引: 口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部] [経管栄養: 胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養] ※第一号研修は全項目です。第二号は部分実施です。 2. 経管栄養について 実地研修の中で半固形タイプの栄養剤の使用予定 [有・無] 3. 登録事業所申請予定 年 月				
指導看護師氏名	※複数いる場合は、代表者のみを記入してください。 ※指導者研修修了証のコピーを添付してください。				
指導看護師勤務先	施設・事業所名				
	所在地	〒 -			
指導者研修の修了	研修機関				
	修了証書番号				

以上のとおり、喀痰吸引等研修の受講を申し込みます。

令和 年 月 日

施設・事業所管理者名

㊞