

喀痰吸引等研修 受講申込書

記入日 年 月 日

ふりがな			性別	受講希望の研修に○を付けてください	
氏名			男・女	第一号研修	第二号研修 ※
※ 第二号研修受講希望の方は、下記医療的ケアから4行為以下の任意の行為をチェックしてください。					
喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内			経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管		
生年月日	(西暦) 年 月 日生 () 歳				
保有資格	1. 介護福祉士 2. 介護職員基礎研修課程修了者 3. 介護員養成研修1級修了者 4. 介護員養成研修2級修了者 5. 介護職員初任者研修修了者 6. その他 ()				
経験年数	介護職員としての経験年数 年				
自宅	〒 -				
	TEL		携帯TEL		
現在の勤務先	法人名		事業所名		
	〒 -				
	TEL		勤務先での損害保険の加入について 1. 加入 2. 未加入		
勤務先の施設種別	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. 有料老人ホーム 6. グループホーム 7. 障害者施設 8. 障害者グループホーム 9. 訪問介護事業所 10. その他 ()				
利用者の状況について (記入日現在)	勤務先で必要な医療的ケアにチェックをしてください。利用者数も記入してください。 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 (利用者数: 人、うち人工呼吸器装着: 人) <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 (利用者数: 人、うち人工呼吸器装着: 人) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (利用者数: 人、うち人工呼吸器装着: 人) <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (利用者数: 人、うち半固形栄養剤: 人) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 (利用者数: 人)				
勤務先の実地研修体制について	現在の職場の実地研修体制にチェックをしてください。 1. 医師又は看護師(准看護師を除く)又は助産師がいる。 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 2. 職場で対象利用者への実地研修の実施が可能である。 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 3. 登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)である。 <input type="checkbox"/> 登録事業者 <input type="checkbox"/> 未登録 4. 職場外で実地研修の実施協力がある。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 実施協力がある場合は下記にご記入ください。 協力先施設: 実施可能な特定行為:				