

社会福祉法人 桜井の里福社会 喀痰吸引等研修
受 講 申 込 書

記入日 令和 年 月 日

受講希望研修 (どちらかに○)	第1号研修 (喀痰吸引及び経管栄養のすべて)	第2号研修 (喀痰吸引等行為の個別研修)
第二号研修の場合 実地研修選択科目 (選択科目に○)	<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"/> ⑥経鼻経管栄養

○受講生の情報

フリガナ		印	性別	男 女
氏 名				
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日	年 齡		歳
フリガナ				
受講者住所	〒			
電話番号	(自宅)	(携帯)		
科目免除に関する 資格・研修 <small>(該当する□に✓点でチェック) 修了証のコピーを添付すること</small>	<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修① (講義に該当する範囲を全て通信形式で受講した場合) <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修② <small>(「たんの吸引の実施手順解説」「経管栄養の実施手順解説」をもとに含む科目をスクリーン形式で受講した場合)</small> <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 基本研修 (講義・演習) <input type="checkbox"/> 14時間研修 <small>(特別養護老人ホームにおける14時間研修を修了し、経過措置として一定の条件の下に喀痰吸引を行っていた方)</small>			
資格・研修 (該当する□に ✓点でチェック)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎課程 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修1級課程 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修2級課程 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修3級課程 <input type="checkbox"/> 資格無し	取得年月日 (年 月 日) 取得年月日 (年 月 日) 取得年月日 (年 月 日) 取得年月日 (年 月 日) 取得年月日 (年 月 日) 取得年月日 (年 月 日) 取得年月日 (年 月 日)		

○所属先の情報

所属する 施設・事業所	設置主体			
	名 称			
	所在地	〒		
	電話番号		勤務年数	年 月

「添付書類」

○ 科目の免除に関する資格・研修に該当する方は、修了証のコピーを提出

※ 桜井の里福社会研修担当使用欄

研修機関記入欄	整理番号		受講	決定 ・ 不決定
---------	------	--	----	----------