

____年度 第____回「介護職員等による喀痰吸引等の研修」受講申込書

《受講者》

申込日

年

月

日

ふりがな		性別	生 年 月 日	(写真) サイズ:縦45mm × 横35mm 3ヶ月以内に撮影されたもの カラー・正面・無帽・無背景
氏 名		男 ・ 女	西暦・和暦両方を記入すること 西暦 年 月 日 和暦 年 月 日	
自宅住所	〒			
自宅電話番号	()	—		
携帯電話番号	()	—		
保有資格	☐ 介護福祉士 ☐ 社会福祉士 ☐ 初任/ヘルパー2級 ☐ その他()			
研修区分	☐ 1号 ☐ 2号	※中部学院大学・中部学院大学短期大学部の卒業生の方 ()学科 ()年卒 旧姓()		
研修の一部免除	☐ 有 ☐ 無	免除の項目 (証明書の写しを提出)	☐ 経過措置による口腔内吸引等 (認定特定行為業務従事者認定証)	☐ その他
テキスト購入	☐ 購入申し込みをする ☐ 購入しない(自分で準備する)			
研修の方法	☐ オンライン研修 ☐ 対面研修			
メールアドレス	※分かりやすくはっきりと記入			

《受講者勤務先》

法 人 名			
サービス種別			
事業所名			
事業所住所	〒		
事務担当者 (連絡等窓口)	氏名	役職	
事業所連絡先	電話 ()	—	
	FAX ()	—	

《実地研修先利用者状況及び希望行為》 ☐ 勤務先 ☐ 勤務先以外

項目	施設内利用者状況	【実地研修】希望行為 ☒ を入れてください	
口腔内吸引	名	☐ 通常手段	☐ 人工呼吸器装着
鼻腔内吸引	名	☐ 通常手段	☐ 人工呼吸器装着
気管カニューレ内部吸引	名	☐ 通常手段	☐ 人工呼吸器装着
胃ろう・腸ろう経管栄養	【滴下】 名	☐ 通常手段	
	【半固形】 名	☐ 半固形	
経鼻経管栄養	名	☐ 通常手段	