

平成25年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修  
(特定の者対象) 受講申込書

提出日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名	印	男	生年月日		
		女	S・H	年	月
本人住所	住所				
	TEL	FAX			
現在の勤務先 (種別については、該当するものすべてに○)	事業所名	種別	1. 訪問介護(介護保険)		
	所在地：〒		2. 重度訪問介護(自立支援法)		
	TEL	FAX	3. その他( )		
保有資格	※医療・教育・福祉系の資格を記入		実地研修の必要な利用者数	( )名	
経験年数	・実務経験年数( )年( )ヶ月		・たん吸引経験年数( )年( )ヶ月		
受講希望研修	<input type="checkbox"/> 基本研修 + 実地研修 <input type="checkbox"/> 基本研修のみ <input type="checkbox"/> 基本研修の「経管栄養」のみ <input type="checkbox"/> 基本研修の「経管栄養」 + 実地研修 <input type="checkbox"/> 実地研修のみ				
ケアする特定の者に関する基本情報	ふりがな氏名			年齢	歳
	住所：〒				
	TEL	FAX			
	主治医・医療機関名				
利用者のケアの種類(該当するものにチェック)	訪問看護ステーション名		無・有( )		
	<input type="checkbox"/> □口腔内の吸引(□鼻マスク式人工呼吸器 □有 □無) <input type="checkbox"/> □鼻腔内の吸引(□鼻マスク式人工呼吸器 □有 □無) <input type="checkbox"/> □気管カニューレ内の吸引(人工呼吸器 □有 □無) <input type="checkbox"/> □胃ろうによる経管栄養(栄養形態 □液体 □半固形) <input type="checkbox"/> □腸ろうによる経管栄養(栄養形態 □液体 □半固形) <input type="checkbox"/> □経鼻経管栄養(栄養形態 □液体 □半固形)				

※利用者1名につき1枚の記入をお願い致します。

推薦書

上記の者を「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修(特定の者対象)」の受講者として推薦いたします。

平成 年 月 日

特定非営利活動法人 あいの実 様

事業所名

代表者

印