

令和 年 月 日

飯田短期大学
喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講申込書

飯田短期大学
 学長 高松 彰充 様

受講申込者名

印

標記研修会について、下記のとおり申し込みます。

(該当するものに○印) ① 養成校卒業生 ② 実務者研修修了者

所属事業所名				サービス種別	
法人名					
事業所連絡先	電話 ファックス			担当者名	
受講者(本人)の現住所	〒				
(ふりがな)受講者氏名				性別: 男 ・ 女	
				(生年月 S H 年 月 日)	
現在の職名		保有資格			
受講者の介護の経験	施設・事業所名		勤務時の職種	通算勤務期間 (○年 ○か月)	
研修コース	<p>受講を希望する研修コースにレ(チェック)をしてください。</p> <input type="checkbox"/> 第一号研修 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 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者有(注1) <input type="checkbox"/> 第二号研修 喀痰吸引(口腔・鼻腔)、経管栄養(胃ろう又は腸ろう・経鼻)のうち 1項目以上、4項目以内				
実地研修施設の確保	所属法人での実施 可 ・ 不可				
実地研修施設の状況 (注2)	喀痰吸引の対象者数			経管栄養の対象者数	
	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう又は腸ろう	経鼻経管
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器		
実地研修事業所名 (指導を行う予定の看護師名)		(指導看護師:)			
複数申込を行う場合の優先順位		/			

(注1) 人工呼吸器装着者に対する研修を選択する者は、実地研修先を自ら確保できる場合に限りま。

(注2) 自施設(自法人)の施設等において実地研修を実施する場合は、対象となる利用者数を記載してください。対象者に人工呼吸器装着者がいる場合は、□にレ(チェック)を入れてください。