

実地研修修了認定コース 受講申込書

1 受講を希望する研修種別

	第一号研修
	第二号研修

実地研修実施(予定)行為

①	口腔内吸引(通常手順)
②	鼻腔内吸引(通常手順)
③	気管カニューレ内部吸引(通常手順)
④	胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
⑤	経鼻経管栄養

2 受講者及び所属先の情報

フリガナ			生年月日	和暦	昭和 平成	年	月	日
受講者氏名	印	年齢	歳	性別	男・女			
		施設・事業所での経験年数		年	か月			
受講者住所	〒							
所属施設・事業所	設置主体			サービスの種別				
	名称							
	住所	〒						
連絡先	(TEL)			利用者の状況(申込日現在)	項目	対象利用者数		
	(FAX)				口腔内の喀痰吸引	人		
(研修申込担当者氏名)					鼻腔内の喀痰吸引	人		
					気管カニューレ内部の喀痰吸引	人		
					胃ろうによる経管栄養	人		
					腸ろうによる経管栄養	人		
				経鼻経管栄養	人			

3 科目の免除に関わる資格・研修

※「科目の免除に関わる資格・研修」に該当する方は修了書の写しを添付のこと

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課程等で受講した方)
介護福祉士養成施設卒業	(養成施設等の教育課程において「医療的ケア」の科目を修了している方)

4 実地研修の指導講師(施設・事業所の推薦状参考)

フリガナ			指導講師所属施設名	
指導講師氏名	印	連絡先電話番号		
私は、喀痰吸引等研修の「実地研修」において、上記介護職員の指導・評価を行うことに同意します。				
研修修了状況	国又は県が実施した指導者講習		⇒ 修了証の写しを添付してください。	
	医療的ケア教員講習会		⇒ 修了証の写しを添付してください。	