

喀痰吸引等研修受講申込書

令和 2 年 2 月 10 日現在

写真
1. 縦 36~40mm
横 24~30mm
2. 本人単身胸から上

フリガナ	アカモン タロウ		
氏名	赤門太郎		
生年月日	昭和 平成 61 年 4 月 1 日	満 34 歳	男・女
住所	〒(294 - 0034) 千葉県館山市沼1599-1		
電話番号	携帯 080-1234-5678	自宅	0470-12-3456
保有資格にチェック	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了
	<input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修 級修了		介護業務 経験年数 6 年 5 月
勤務先	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
住所	〒(294 - 0034) 千葉県館山市沼1619	電話番号	0470-78-9123

・免除科目に該当する受講済研修（受講済証別途添付）

修了年・月	受講済研修(チェックをして下さい)		
平成30 7	<input checked="" type="checkbox"/> ①実務者研修医療的ケア（50時間）	<input type="checkbox"/> ②特養14時間研修	<input type="checkbox"/> ③基本研修（講義・演習）

※①、③の研修を受講済みの方は講義・演習が免除とされておりますが、
当方人研修では基本研修免除者事前講義及び演習を行います。

・研修課程について（どちらかにチェックをして下さい）

<input type="checkbox"/>	一号 喀痰吸引（口腔・鼻腔・気管カニューレ内）経管栄養（胃瘻腸瘻・経鼻）の5行為
<input checked="" type="checkbox"/>	二号 喀痰吸引（口腔・鼻腔・気管カニューレ内）経管栄養（胃瘻腸瘻・経鼻）のうち任意の4行為以下

・実地研修場所と実地研修行為について（受講する場所と行為にチェックをして下さい）

<input type="checkbox"/>	所属施設	口腔吸引 <input type="checkbox"/>	鼻腔吸引 <input type="checkbox"/>	気管カニューレ内吸引 <input type="checkbox"/>	胃ろう腸ろう (滴下 <input type="checkbox"/> ・半固形 <input type="checkbox"/>)	経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	なのはな館	口腔吸引 <input checked="" type="checkbox"/>	鼻腔吸引 <input checked="" type="checkbox"/>	胃ろう腸ろう (滴下)	<input checked="" type="checkbox"/>	

※当法人実地研修場所（なのはな館）には・気管カニューレ内吸引 ・経鼻経管栄養
・胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養（半固形）の対象者不在です。

・その他の確認事項（該当する側にチェックをして下さい）

①刑罰の有無

<input checked="" type="checkbox"/>	過去2年以内に刑罰を受けていない	<input type="checkbox"/>	過去2年以内に刑罰を受けた
-------------------------------------	------------------	--------------------------	---------------

②健康状態

<input checked="" type="checkbox"/>	特に問題なし	<input type="checkbox"/>	研修が終了するまで健康が保てるか心配がある
-------------------------------------	--------	--------------------------	-----------------------