

喀痰吸引等研修（第二号研修）受講申込書

私は社会福祉法人なごや福祉施設協会が主催する喀痰吸引等研修（第二号研修）に、受講者募集要項の内容を承諾した上で受講の申し込みをいたします。

令和 年 月 日記入

ふりがな 氏名			性別	男 ・ 女	
生年月日	昭和 平成	年 月 日	免除の有無	□ 有 ・ 記入のない場合は無 ※有の場合は確認できる書類を添付すること	
介護資格			介護 経験年数	年 月	
住所	〒				
電話①	— —		電話②	— —	
実地研修 希望科目	1.口腔喀痰吸引 2.鼻腔喀痰吸引 3.胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（○で囲む）				
決定通知 案内手段	□ 自宅へ郵送 □ 勤務先へ郵送		交通手段		

【申込者勤務先】

現在	□ 在職中 □ 離職中		在職中の方はすべて記入してください		
法人名					
勤務先名					
住所	〒				
TEL	— —		FAX	— —	
勤務先の 利用者状況	たんの吸引等を必要とする利用者の有無 （ 有 ・ 無 ）				
	有の場合、対象 利用者数 ・ 口腔内喀痰吸引を必要とする方 （ ）名 ・ 鼻腔内喀痰吸引を必要とする方 （ ）名 ・ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養を必要とする方 （ ）名				
勤務先の 職員の状況	たんの吸引等を行うことができる介護職員の数 （ ）名				

【連絡事項等ありましたら記入してください】

--