

[様式1-③]

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修(不特定多数の者対象)  
研修受講申込書 (第1号・第2号研修)

平成 年 月 日

下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事業(不特定多数の者対象)の受講者として推薦し申し込みます。

社会福祉法人 恭生会 理事長 殿

法人名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

施設長名 \_\_\_\_\_ 公印

(申込担当者名: \_\_\_\_\_)

施設住所	〒 _____		
施設電話番号	( _____ )	施設FAX番号	( _____ )
過去の標記研修 (不特定多数の者対象) 受講者 <span style="float: right;">有・無</span>			
実地研修類型を選択 <span style="float: right;">1号・2号</span>			
貴施設において医療的ケアを必要とする人数 (申込日現在) _____人 (内訳を下記記載)			
①たんの吸引 _____人 ・口腔内 _____人 ・鼻腔内 _____人 ・気管カニューレ内 _____人 ※必要な方のみ ・非侵襲的人工呼吸療法 _____人 ・侵襲的人工呼吸療法 _____人		②経管栄養 _____人 ・胃ろう _____人 ⇒うち半固形 _____人 ・経鼻経管栄養 _____人	
下記推薦者の優先順位 ※複数申込の場合必ず記載		申込み _____人中 _____位	
貴施設における介護職員の従事者のうち 認定特定行為業務従事者(経過措置)取得者数 ※必ず記載		全介護職員 _____人のうち _____人	

【研修受講を推薦する者】 ↓太枠内、修了証記載事項の為、誤りのないように記載すること

ふりがな 氏名		男	生 年 月 日
		女	昭 年 月 日 ( )歳 平
自宅住所	〒 _____		
従事している 事業種別 該当するものに○	① 特別養護老人ホーム      ② 介護老人保健施設      ③ 有料老人ホーム ④ グループホーム      ⑤ 障がい者(児)施設 ⑥ その他 ( _____ )		
保有資格・免許	実務経験年数(通算)	( _____ )年 ( _____ )か月	
認定特定行為業務従事者(経過措置)認定証	有・無	保有資格取得年月	_____年 _____月