

## 喀痰吸引等研修(第三号研修)受講申込書

受講者			
ふりがな		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	昭和 年 月 日生 平成
住 所	〒		
電話番号		FAX 番号	
有している資格		研修の一部履修免除	有 { 第三号研修基本研修済み H28 年度以降介護福祉士資格取得 無
所属			
事業所名			
サービス種別			
所在地	〒		
電話番号		FAX 番号	
事業所管理者名		役 職	
特定の対象者(申し込み時点)			
利用者名		利用者の同意	有 ・ 無
行為種別	【喀痰吸引】	かかりつけ医の承認	有 ・ 無
	① □口腔内吸引 ② □鼻腔内吸引 ③ □気管カニューレ内部吸引 □人工呼吸器装着者		
	【経管栄養】	指導看護師の承認	有 ・ 無
	① □胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ・その方法 □滴下 □注入(半固形) ・その形態 □ボタンタイプ □チューブタイプ ② □経鼻経管栄養		
指導者看護師名		実務経験	年

・申込み希望者は、上記申込み書に必要事項を記入の上、FAX(0896-29-5655)して下さい。

・先に、申込み状況を問い合わせ先に確認の上、FAX いただいても構いません。

当事業所 記入欄	受付日	受講可否連絡	
		連絡日	担当
	/	/	