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】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 |
| かかりつけ医の承認 | 有　・　無 |
| 【経管栄養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 |
| 指導看護師の承認 | 有　・　無 |
| 指導者看護師名 |  | 実務経験 | 　　　　　　年　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 当事業所記入欄 | 受付日 | 受講可否連絡 |
| 連絡日 | 担当 |
| ／ | ／ |  |