

【**実地研修先** 受講者の所属施設等】

実地研修先	<input type="checkbox"/> 所属する施設・事業所 <input type="checkbox"/> 所属する施設・事業所以外 ↳「 <b>実地研修受け入れ承諾書</b> 」も添付して下さい。			
住所	〒 —			
設置主体				
事業種別				
施設・事業所名				
ふりがな				
実地研修担当者	(役職)	(氏名)		
連絡先	(電話)	— —		
	(FAX)	— —		
実地研修先の利用者の状況 (申込時)	口腔内の喀痰吸引	人	胃瘻による経管栄養	人
	鼻腔内の喀痰吸引	人	腸瘻による経管栄養	人
	気管カニューレ内部の喀痰吸引	人	経鼻経管栄養	人

【**実地研修の指導講師**】

ふりがな		(指導講師所属施設名)
指導講師氏名		(所属先電話番号) — —
ふりがな		(指導講師所属施設名)
指導講師氏名		(所属先電話番号) — —
ふりがな		(指導講師所属施設名)
指導講師氏名		(所属先電話番号) — —

※ **実地研修の指導講師の研修修了状況の確認のため、「喀痰吸引等指導者講習」若しくは「医療的ケア教員講習会」の修了証のコピーを添付してください。**