社会福祉法人十日町福祉会
令和２年度　喀痰吸引等研修（第一号研修・第二号研修）

受講申込書

受講希望研修　（□に✓を入れて下さい）
□　第一号研修（喀痰吸引及び経管栄養のすべて）
□　第二号研修（喀痰吸引等行為の個別研修） ※実地研修で実施予定の行為に✓して下さい □　口腔内の喀痰吸引　　□　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 □　鼻腔内の喀痰吸引　　□　経鼻経管栄養 □　気管カニューレ内部の喀痰吸引

ふりがな			印	性別	
氏　名	（姓）	（名）		男	女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　（　　歳）				
ふりがな					
受講者住所	〒　　―				
連絡先	（自宅）　　－　　－　　（携帯）　　－　　－				
科目免除に関わる資格等 （該当する□に✓を入れて下さい）	□　喀痰吸引等研修　基本研修（講義・演習） □　介護福祉士養成課程における医療的ケア（講義・演習） □　介護福祉士実務者研修 （「喀痰吸引の実施手順解説」「経管栄養の実施手順解説」の科目をスクーリングで受講した者） □　14時間研修修了者 （特養における14時間研修を修了し、経過処置として一定の条件の下、喀痰吸引等を行っている者） **※修了証のコピーを添付してください**				
介護業務経験年数	年　　ヶ月				
介護福祉士の資格	有　・　無				
法人名称					
所属先	（名　称）				
	（住　所） 〒　　―				
	（電　話）　　―　　―				
	（ＦＡＸ）　　―　　―				

※推薦状と合わせて提出ください