

【**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 ↳「 実地研修受け入れ承諾書 」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。**