令和　　年　　月　　日

喀痰吸引等研修（第３号研修）受講申込書

開催日：令和　　年　　月　　日（　）・　　日（　）【第　　回分】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | 性別 | 男　・　女 |
|  | |
| 現住所 | 〒　　　－  TEL　　　　　　　　　　　　　　携帯TEL  FAX　　　　　　　　　　　　　　e-mail | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　　日生　（　　　　　　）歳 | | | |
| 現在の勤務先 | 法人名 | 事業所名 | | |
| 事業所所在地  〒　　　－  　TEL　　　　　　　　　　　　　　FAX  　E-mail | | | |
| 施設種別  ※該当するものに〇 | １．訪問サービス　２．特別養護老人ホーム　３．介護老人保健施設  ４．グループホーム　５．有料老人ホーム　６．その他（　　　　　　　　） | | | |
| 実地研修対象項目  ※該当するものに〇 | （資格取得希望項目）  １．たんの吸引（口腔内）　２．たんの吸引（鼻腔内）  ３．経管栄養（胃ろう・腸ろう）　４．たんの吸引（気管カニューレ内部）  ５．経鼻経管栄養　６．人工呼吸器装着者の吸引（気管カニューレ内部）  ７．人工呼吸器装着者の吸引（口鼻マスク装着者の口腔内・鼻腔内） | | | |
| 受講内容  ※該当するものに〇 | １．基本研修及び実地研修  ２．実地研修のみ（すでに認定を持っている）   * 実地研修のみの場合は、基本研修を三鷹市介護人財育成センターで修了していることが条件となります。 | | | |
| 実地研修について  ※該当するものに〇 | １．貴就労事業所にて実施（事業所に看護師がいる場合）  ２．他の訪問看護事業所に依頼する場合   * 事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） * 住所　〒 * 電話番号（　　　　　　　　　　）FAX（　　　　　　　　　　　） * 担当者氏名（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 上記に必要事項を正確に記入し、三鷹市介護人財育成センターまでご持参しお申し込みください。  **〒181-0015　三鷹市大沢４－8－8**　**三鷹市福祉Laboどんぐり山　三鷹市介護人財育成センター**  免除科目のある方は、研修修了確認書の写しも添付してください。 | | | | |