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TELFAX　　　　　　　　　　　　　　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。 |