

平成29年度第1回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修
不特定の者対象（第1号・第2号研修）

【 受 講 申 込 書 】

白寿会研修センター センター長 様

白寿会研修センターで実施されます「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修」に、次のとおり受講を申し込みます。なお、研修に関する受講適合確認などを行いました。

必要事項を記入し、「添付書類」を必ず添えて、白寿会研修センターまで提出してください。

| 項目 | 記入欄 | |
|---|---|--|
| ふりがな | | |
| 氏名 | (男・女) | |
| 生年月日(年齢) | (昭和・平成) 年 月 日生 | (歳) |
| 自宅住所 <input type="checkbox"/> 郵送先に指定 | 〒 — (府・県) | (市・町・村) |
| 連絡先 | (電話) — — | ※携帯可 ※無連絡で欠席の場合や、筆記試験の可否、研修の開催に関連した緊急連絡等に使用しますので、個人に連絡がつく番号にしてください。 |
| 勤務先名 | | |
| 勤務先種別 | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 勤務先住所 | 〒 — (府・県) | (市・町・村) |
| 勤務先電話&FAX | (電話) — — (FAX) — — | |
| 有資格 | 介護福祉士・介護職員初任者研修修了・その他 () 注1:ヘルパー2級・実務者研修、基礎研修修了者は、介護職員初任者研修修了に○を記載 注2:資格のない方は、未記入としてください。 | |
| 実地研修の予定 | <input type="checkbox"/> 第1号研修として実施 <input type="checkbox"/> 第2号研修として実施 →実施予定行為 *吸引 (<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内) *経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう・ <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) | |

【添付書類】

- 受講申込書（様式1）
- 受講適合確認表（様式2） *受講の適合を必ずチェックしてください。
- 研修科目免除申込用紙（様式3） *必ず研修修了証の写しを添付
- 推薦状（様式4） *所属及び所属予定の施設長/所長の確認・押印が必要
- 実地研修先確認シート（様式5） *様式5は、実地研修施設が記載してください。
- 添付書類 *有資格の資格証もしくは修了証の写しを添付

*書類確認のため、勤務先に連絡を入れることがあります。また、郵便物は基本的に勤務先に送付しますので、自宅への送付を希望される場合は、自宅住所枠の「郵送先に指定」にチェックしてください。