

平成 30 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・腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻)	

【添付書類】

- (1) 受講申込書 (様式 1)
- (2) 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。
- (3) 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
- (4) 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
- (5) 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。
- (6) 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。