2024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

様式１

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 |  | （　男　・　女　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日（年齢） | （昭和・平成）　　　年　　　　月　　　　日生　（　　　　歳） | |
| 自宅住所  □郵送先に指定希望 | 〒　　　－　　　　　　（府･県）　　　　　　（市･町･村） | |
| 連絡先 | （電話）　　　　　－　　　　　　－　　　　　　※必須・携帯可  （メールアドレス）　※必須…パソコンメールが着信できる設定にお願いします  　　　　　　　　　　　　　　＠  ※連絡は基本的に**各自にメール**で行います（講義動画の視聴アドレスの送信、受講確認に関する連絡、筆記試験の合否、実技演習に関すること等）  ※**緊急連絡は電話**で行います | |
| 勤務先名 |  | |
| 勤務先種別 | □特別養護老人ホーム　　　□介護老人保健施設  □特定施設入居者生活介護　□認知症対応型共同生活介護  □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等修了・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等修了に○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 | □第1号研修として実施  □第2号研修として実施  　→実施予定行為　＊吸引（□口腔内　□鼻腔内　□気管カニューレ内）  　　　　　　　　　＊経管栄養（□胃ろう・腸ろう　□経鼻） | |

【添付書類】

（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。

（2）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

（3）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

（4）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。

（5）有資格者の資格証もしくは修了証　＊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。