

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○	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○	（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○	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○	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。				