

## 喀痰吸引等研修 参加申込書

社会福祉法人 キャマラード 殿

喀痰吸引等研修に、次のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

受講希望者 氏名

印

受講希望者	氏名	
	生年月日	
	住所	〒 -
	所属事業所名	
	連絡先電話番号	
実地研修 協力者	氏名	
(対象となる利用者)	生年月日	
指導者	氏名	
実地研修 実施機関	事業所名称	
対象となる喀痰吸引等の行為 (該当するものすべてに○)		
口腔内吸引(通常手順)		<input type="checkbox"/>
口腔内吸引(人工呼吸器装着者:口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法)		<input type="checkbox"/>
鼻腔内吸引(通常手順)		<input type="checkbox"/>
鼻腔内吸引(人工呼吸器装着者:口鼻マスク又は鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法)		<input type="checkbox"/>
気管カニューレ内吸引(通常手順)		<input type="checkbox"/>
気管カニューレ内吸引(人工呼吸器装着者:侵襲的人工呼吸療法)		<input type="checkbox"/>
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下)		<input type="checkbox"/>
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形タイプ)		<input type="checkbox"/>
経鼻経管栄養		<input type="checkbox"/>

- 実地研修協力者(対象となる利用者)が複数名の場合は、氏名記載欄に「別紙のとおり」と記載し、「氏名」、「生年月日」、「対象となる喀痰吸引等の行為」の別紙一覧表を添付してください。