

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			
	基本研修の免除事由	認定特定行為業務従事者認定証の取得者	<input type="checkbox"/>	
		平成22年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための試行事業(特定の者対象)研修修了者	<input type="checkbox"/>	
平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業(特定の者対象)修了者		<input type="checkbox"/>		
実地研修 協力者 (対象となる利用者)	氏名			
	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"/>		

- 基本研修の免除事由は、該当するものに○をしてください。
また、認定証の写しや研修修了証の写し等、免除事由の事実を証明する書類を添付してください。
- 実地研修協力者(対象となる利用者)が複数数の場合は、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。