

受付日	/	受付番号		受講番号	
-----	---	------	--	------	--

フォローアップ様式 1

フォローアップ研修（認定特定行為業務従事者）  
受講申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな			
受講者氏名			男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日生	( 歳 )
現在の勤務先施設種別	1.特別養護老人ホーム      2.介護老人保健施設      3.短期入所生活介護施設 4.グループホーム          5.有料老人ホーム        6.障害者(児)施設 7.その他 ( )		
現在の勤務先	法人名		施設名
	〒 —		
	TEL		FAX

●対象利用者について（いない場合は0と記入）

※○印をつけてください。

◆事業所もしくは同法人内に指導看護師が  
( いる ・ いない )

項目	対象利用者数
口腔内のたん吸引	人
鼻腔内のたん吸引	人
気管カニューレ内部の吸引	人
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	人
経鼻経管栄養	人

指導看護師名 \_\_\_\_\_

指導看護師名 \_\_\_\_\_

指導看護師名 \_\_\_\_\_

●提出書類一覧（☑欄へ記入）

☑	書類名	備考
	手技様式1 受講申込書	本紙
	認定特定行為業務従事者であることがわかる書類	認定証の写し A4判
	受講決定通知用 返信封筒 1通	受講者1名につき1枚 長形 3号 (120×235mm) 94円切手貼付・住所・事業所名・受講者名を明記

※御記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用させていただきます。提出された文書については返却しませんので、予め御了承ください。