

受付日	／	受付番号		受講番号		手技様式 1
-----	---	------	--	------	--	--------

介護職員実務者研修（医療的ケア科目）履修者
手技確認講習 受講申込書

(優先順位:)※()内に優先順位を記入してください。 申込日 令和 年 月 日

[illegible]

●対象利用者について（いない場合は0と記入）

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

※○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)

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
	特定様式 2 受講推薦書	
	医療的ケア科目履修者であることがわかる書類 (写し)	A 4 判に縮小したもの 養成校の修了証もしくはカリキュラム等
	返信用封筒 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・施設長宛てを明記

※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。