

| | | | | | |
|-----|---|------|--|------|--|
| 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 4.グループホーム 7.その他 () | 2.介護老人保健施設 5.有料老人ホーム | 3.短期入所生活介護施設 6.障害者(児)施設 |
| 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）

| 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 |
| | 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。