

秋田県介護職員等によるたん吸引等研修

(指) 様式 1

不特定(第一号・第二号研修)指導者養成講習受講申込書

申込日 年 月 日

ふりがな		
氏名	男 ・ 女	
生年月日・年齢	(昭和・平成) 年 月 日生 () 歳	
現在の勤務先	法人名	施設名
	所在地：〒 —	
	TEL	FAX
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. グループホーム 4. 短期入所生活介護施設 5. 有料老人ホーム 6. 障害者(児)施設 7. その他 ()	
保有資格	1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師	
勤務形態	1. 常勤 2. 非常勤(週 回)	
職歴	保健師、助産師又は看護師としての臨床等での実務経験年数 () 年 () か月 * 准看護師としての経験年数は含めないこと。	

●現在の勤務先事業所において医療的ケアが必要な利用者数を記載してください。

項目	対象利用者数	定員数 _____ 名 入所者数 _____ 名
口腔内のたん吸引	人	利用者がいない場合は、 <u>必ず0と記入</u> してください。
鼻腔内のたん吸引	人	
気管カニューレ内部のたん吸引	人	
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	人	
経鼻経管栄養	人	

●提出書類一覧 ※提出する書類の☑欄にチェックをいれてください。

☑	書類名	備考
	(指) 様式 1 受講申込書	
	看護師免許証の写し	A4判に縮小したもの
	受講決定通知用 返信封筒 1 通	長形 3 号 (120×235mm) 84 円切手貼付 住所・事業所名・受講者名を明記

※ご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、予めご了承下さい。