

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対象
手技確認講習 受講申込書**

(優先順位:) ※優先順位を記入してください。 申込日 年 月 日

ふりがな			男 ・ 女
受講者氏名			
生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日生	(歳)
受講状況	<input type="checkbox"/> 初 回		
☑又は記入	<input type="checkbox"/> _____回目 受講番号 S - -	受講を希望する行為 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 口腔内のたん吸引	
	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	
実地研修 予定先名称			
資格 職種	介護福祉士 有 (年 月 日取得) ・ 無 介護職員実務者研修 (ヘルパー1級・介護職員基礎研修) 有 (年 月 日取得) ・ 無		
職歴	介護職員として 年 ヶ月 ※ない場合は0年0ヶ月とご記入ください。		

●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 _____

☑	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)	A4判に縮小したもの 介護福祉士資格者証 (平成29年度以降) ・ 養成校の修了証等
	返信用封筒 1通	受講者1名につき1枚 長形 3号 (120×235mm) 110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。