

喀痰吸引等研修 受講申込書

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな			男	生年月日・年齢		
氏名			女	S・H	年	月 日生 ()歳
受講区分 1	<input type="checkbox"/> 第1号研修 (右記5つの行為すべて) <input type="checkbox"/> 第2号研修 (右記希望する行為に4つまで☑)		<input type="checkbox"/> ①口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ②鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ③気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> ⑤経鼻経管栄養			
受講区分 2	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 学院卒業生 <input type="checkbox"/> 「介護実習」実習先職員 <input type="checkbox"/> 旭川荘職員(敬老園以外)				
受講区分 3	<input type="checkbox"/> A日程 <input type="checkbox"/> B日程 <input type="checkbox"/> 基本研修免除(実地研修のみ)					
連絡先	自宅住所	〒 (番地、マンション名等も正確に記入してください)				
	自宅電話		携帯電話			
勤務先	法人名 施設名					
	所在地	〒				
	TEL		FAX			
勤務先(事業種別) 該当するものに○	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 障害者支援施設 ⑤ 生活介護事業所 ⑥ 短期入所事業所 ⑦ 福祉型障害児入所施設 ⑧ 障害児通所支援事業所 ⑨ その他 ()					
実務経験年数	()年 ()ヵ月		※申込時点での年数			
(実地基本研修の免除)	※基本研修の免除を申請する場合はご記入ください。別途『基本研修免除申請書』をお送りします。 手数料は3万円(修了証明書発行手数料2万円+読替手数料1万円)です。 (受講した教育機関が本学院の方は修了証明書発行手数料2万円のみです)					
	教育機関名	<input type="checkbox"/> 旭川荘厚生専門学院 <input type="checkbox"/> その他()				
	講座名	<input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 養成校 <input type="checkbox"/> その他()				
	「医療的ケア」 受講日	講義	年 月 日 ~		年 月 日	
		演習	年 月 日 ~		年 月 日	
>>>養成校の場合は入学日~卒業日を記入してください。						
<h2>受入承諾書</h2>						
本施設には、「国又は県等による喀痰吸引等指導者研修」または「医療的ケア教員講習会」を修了している者(医師又は看護師等)がおります。よって、募集要項の内容を確認し、上記の者を「介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修事業(不特定多数の者対象：第1号及び第2号研修)」の受講者として受け入れいたします。						
実地研修	法人名 (施設名) 法人代表者名					印
	実施施設	所在地	〒			
	TEL	事務担当者氏名：				
	実地研修指導担当者		本学使用欄	契約有()無		