

※FAX 送付 089-953-5900

喀痰吸引等研修(第三号研修)受講申込書

受講者			
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日生
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
有している資格		研修の一部 履修免除	有 (第三号研修基本研修履修済み) ・ 無
賠償責任保険	実地研修の行為に対応する賠償責任保険に加入している。		有
所属			
事業所名			
サービス種別			
所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
事業所管理者名		役職	
特定の対象者(申込時点)			
利用者名		利用者の同意	有 ・ 無
行為種別	【喀痰吸引】	かかりつけ医の承認	有 ・ 無
	① <input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> マスク装着者 ② <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 <input type="checkbox"/> マスク装着者 ③ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者		
	【経管栄養】	指導看護師の承認	有 ・ 無
	① <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 その方法 <input type="checkbox"/> 滴下 ・ <input type="checkbox"/> 注入(半固形) その形態 <input type="checkbox"/> ボタンタイプ ・ <input type="checkbox"/> チューブタイプ ② <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
指導看護師名		実務経験	年

申込み希望者は、上記申込書に必要事項を記入の上、FAX(089-953-5900)のこと。
先に申込み状況を確認の上(089-953-5888・月～金)、FAX 頂いても構いません。
なお、受講決定後、以下に該当の場合は、当該書類の提出をお願いします。
※研修の一部履修免除の方 ⇒それを証明する修了証等のコピー

◆当法人 記入欄	受付日	受講可否連絡	
		連絡日	担当
	/	/	