2019 年度　介護老人保健施設アルカディア　介護職等による喀痰吸引等研修事業
（第 3 号研修）

受 講 申 込 書

2019 年　　月　　日

<table>
<tr><td colspan="2">希望の研修内容</td><td colspan="3">□基本研修（講義、演習）+実地研修　□演習+実地研修
□実地研修のみ</td></tr>
<tr><td rowspan="7">受講希望者</td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="3">㊞</td></tr>
<tr><td>資格名</td><td colspan="3">□介護福祉士　□介護実務者研修　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>研修の一部
履修免除</td><td colspan="3">□　無　・□　有　→修了書等のコピー提出</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">昭和 ・ 平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所
連絡先</td><td colspan="3">〒　　－
☎（ 自宅 ・ 携帯 ）　　－　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="4">所属事業所</td><td>法人名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">〒　　－
☎：　　FAX：</td></tr>
<tr><td>所属長の氏名</td><td></td><td>役職</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">特定の対象者</td><td>利用者名</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">利用者の同意
□有 ・ □無</td></tr>
<tr><td rowspan="3">行為種別</td><td colspan="2">【喀痰吸引】
□　口腔内吸引
□　鼻腔内吸引
□　気管カニューレ内吸引　□人工呼吸器装着者</td></tr>
<tr><td>かかりつけ医の承認
□有 ・ □無</td></tr>
<tr><td colspan="2">【経管栄養】
□　胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
□　経鼻経管栄養</td><td>指導看護師の承認
□有 ・ □無</td></tr>
<tr><td colspan="2">指導看護師名</td><td></td><td>事業所名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">2025 ネットワーク会員事業所</td><td colspan="3">□　会員である　　□　会員ではない</td></tr>
</table>

※その他の提出物

①研修の一部履修免除を証明する修了書等のコピー（募集要項☆該当の者）

②指導看護師の正看護師免許証のコピー、3 号指導者研修の修了証書のコピー、指導看護師等就任届出書（別紙 1）