

平成28年度 介護職員等によるたんの吸引等実施研修事業（第三号研修・特定の者対象）
受講申込書（実地研修）

平成 年 月 日

一般社団法人茨城県介護福祉士会 宛

(法人所在地) 水戸市笠原町1111-1
 (法人名) 特定非営利活動法人〇〇
 (代表者名) 日本 一郎
 (担当者名) 茨城 太郎
 (電話番号) 029-301-3321

印

標記の研修について、次のとおり申し込みます。

受講希望者 (介護職員等)	ふりがな	いばらき はなこ		性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	
	受講者氏名	茨城 花子				
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 ・ 平成50年10月 1日 (37歳)				
	受講者住所	〒310-8555 水戸市笠原町978-6				
	事業所名	居宅介護事業所〇〇	管理者	日本 次郎		
	事業所所在地	〒310-8555 水戸市笠原町1111-1				
	受講資格確認書類	<input checked="" type="radio"/> 1 介護職員等たん吸引等実施研修会（特定の者対象）筆記試験合格通知 <input type="radio"/> 2 認定特定行為業務従事者認定証（第三号研修修了者） <input type="radio"/> 3 認定特定行為業務従事者認定証（平成23年度特定の者対象研修修了者） <input type="radio"/> 4 認定特定行為業務従事者認定証（厚生労働省通知に基づく経過措置対象者）				
前回実地研修申込状況	平成27年 月 日 ・ <input checked="" type="radio"/> 今回が初めて					
※平成27年度中に2回目を以降実地研修を受講する際には、損害補償保険料が免除されます。						
利用者 (対象者)	ふりがな	かさはら たろう			性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	氏名	笠原 太郎				
介護職員等による実施が必要な医行為						
<input checked="" type="radio"/> たん吸引（口腔内） <input checked="" type="radio"/> 経管栄養（胃ろう又は腸ろう） <input type="radio"/> たん吸引（鼻腔内） <input type="radio"/> 経管栄養（経鼻経管栄養） <input type="radio"/> たん吸引（気管カニューレ内部） ※該当するもの全てに○をつけてください。						
実地研修 指導者 (看護師等)	ふりがな	みと たろう			性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	氏名	水戸 太郎				
	職名	看護師				
	指導者資格	<input checked="" type="radio"/> 有（指導者講習会修了証の写しを添付） ・ <input type="radio"/> 無 ※指導者資格を未取得の場合は、別途指導者講習会の受講が必要となります。				
	勤務先管理者	標記研修の実地研修について、指導者を派遣し又は受講生を受け入れることを承諾します。 （勤務先事業所名及び管理者名） 訪問看護ステーション〇〇 管理者 水戸 花子				
	指導者謝金受領の有無	<input checked="" type="radio"/> 受領します ・ <input type="radio"/> 受領しません ※謝金受領の際には、実地研修修了時に受講者へ口座振替依頼書をお渡しください。				

【添付書類】

※基本研修履修済の証明となるもの（基本研修筆記試験合格通知書等）または、認定特定行為業務従事者認定証の写しを添付してください。