

(別添)

平成29年度 介護職員等たん吸引等実施研修事業(第三号研修・特定の者対象) 受講推薦・申込書

1 事業所の概要

法人名			
事業所名		電話番号	
事業所住所	〒(-)	FAX番号	
		E-mail	
この申込みに関する 事業所連絡担当者氏名			

2 受講希望者(介護職員等)

フリガナ 受講希望者氏名		性別	男 ・ 女
		生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日
事業所における優先順位 (同一事業所で複数の方が受講 希望される場合は番号を記入)			
受講希望者自宅住所	〒(-)		
受講希望者の事業所での役職			
受講希望者の主な資格			
受講希望日程(希望に○印)	第1回 ・ 第2回		
受講希望者の介護に関する 主な職歴 (※介護職の年数等を記載)			

3 対象利用者名及び特定行為の種類

利用者名		性別	男 ・ 女
特定行為	たん吸引 (口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内) 経管栄養 (胃ろう ・ 腸ろう ・ 経鼻経管栄養)		

注)該当する特定行為の全てを○で囲んで下さい。

4 実地研修指導予定者(看護師)

指導者名		性別	男 ・ 女
指導者資格	有 ・ 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申込が必要となります。		

注)該当する特定行為の全てを○で囲んで下さい。(※申込者多数の場合対象利用者欄空欄の方は受講できない場合も
あります。)

上記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

受講希望者氏名

印

上記の者を受講者として推薦します。 法人名

印

事業所名

所属長氏名