

平成29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)  
 (法人名)  
 (代表者名)  
 (担当者名)  
 (電話番号)

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		性別	男 ・ 女
	受講者氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
	受講者住所	〒		
	事業所名		管理者	
	事業所所在地	〒		
	受講資格確認書類	1 介護職員等たん吸引等実施研修（特定の者対象）筆記試験合格通知書等 2 認定特定行為業務従事者認定証（第三号研修修了者） 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） 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28年 月 日 ・ 今回が初めて ※平成28年度中に2回目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		性別	男 ・ 女
	氏名			
介護職員等による実施が必要な特定行為 ・ たん吸引（口腔内） ・ 経管栄養（胃ろう又は腸ろう） ・ たん吸引（鼻腔内） ・ 経管栄養（経鼻経管栄養） ・ 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		性別	男 ・ 女
	指導者氏名			
	職名			
	指導者資格	有（指導者講習会修了証の写しを添付） ・ 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）		
指導者謝金受領の有無	受領します ・ 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。			

印

【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。