

(別添)

令和8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) 基本研修 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)

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
		生年月日	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。(※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。)

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。		

上記のとおり申し込みます。

令和 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

事業所名

所属長氏名

印