

C+C 喀痰吸引等研修センター

喀痰吸引等研修(第一号研修及び第二号研修)受講申込書

ふりなが			性別	男・女
受講者氏名				
生年月日	(西暦) 年 月 日生()歳			
住所	〒 -			
連絡先	TEL	E-mail		
勤務先	法人名	事業所名		
	〒 -			
	TEL	fax		
保有資格	サービス種別()			
	1.介護福祉士 2.介護職員基礎研修修了 3.介護支援専門員 4.社会福祉士 5.介護職員初任者研修修了(旧訪問介護員研修)6.実務者研修 7.その他()			
申し込み 研修内容 (該当に○をつける)	第1号研修(実地研修先で5行為の研修が受けられる場合)			
	第2号研修			
	実地研修内容	口腔内吸引		
		鼻腔内吸引		
		気管カニューレ内部吸引		
	胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養			
	経鼻経管栄養			
実地研修 場所	1 上記勤務先 2 その他(事業所名) 3 実地研修場所の確保が困難			
実施研修 指導担当者	1 氏名 () 2 保有資格(医師 ・ 看護師 ・その他()) 3 所属事業所名 ()			

上記の者は、当該事業所において、介護(障害者の支援)に係る業務に従事しており、今後、喀痰吸引等の業務に従事する必要があるため、C+C喀痰吸引等研修センター開催の吸引喀痰等研修の受講について推薦の上、申し込みをいたします。

平成 年 月 日

法人氏名

事業所名

事業所代表者(管理者)

印