

《平成 29 年度 相模原市介護職員等喀痰吸引等研修 受講申込書》

下記の項目へご回答ください。※複数申し込みの場合、氏名欄の（ ）へ優先順位をご記入ください。			
ふりがな		生 年 月 日	性 別
氏 名 順位（ ）		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
施設・事業所名		サービスの種別 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 他（ ）	
担当者名			
施設・事業所所在地	(〒 -)		
		連絡先	(電話) (FAX) (担当者)
介護従事 経験年数等	年 か月	保有資格	
認定状況	<input type="checkbox"/> 現在、あなたは認定特定行為業務従事者の認定を受けている。 特定（対象行為： ） 不特定（対象行為： ） <input type="checkbox"/> 職場に認定特定行為業務従事者がいる。（ ）人		
希望の研修 及び利用者の 状況	<input type="checkbox"/> 1号研修 <input type="checkbox"/> 2号研修 現在の職場で下記の特定期行為が必要か、利用者数も併せて記載ください。 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引（利用者数： 名、うち人工呼吸器装着： 名） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引（利用者数： 名、うち人工呼吸器装着： 名） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引（利用者数： 名、うち人工呼吸器装着： 名） <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（利用者数： 名、うち半固形栄養剤： 名） <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養（利用者数： 名）		
実地研修 実施可否	実地研修については、原則として受講者の職場での実施を予定しております。 <input type="checkbox"/> 医師又は看護師（准看護師を除く）又は助産師がいる。 （実地研修指導者氏名（ ）、保有資格（ ）） <input type="checkbox"/> 職場での実地研修の実施が可能である。 <input type="checkbox"/> 職場外で実地研修の実施協力を取り付けている。 （協力先： 実施可能な行為： ） <input type="checkbox"/> 職員以外の実地研修の受入が可能である。 <input type="checkbox"/> 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）である。 <input type="checkbox"/> 登録事業者ではないが、本事業を経て事業者登録を予定している		
履修免除	<input type="checkbox"/> 研修の一部履修免除あり（要資格証等の写し） <input type="checkbox"/> 免除なし		

上記の者が、平成29年度相模原市介護職員等喀痰吸引等研修を受講することを申込みます。

平成 29 年 月 日

施設・事業責任者氏名 _____ 印