

『介護職員等による喀痰吸引等研修』申込書

氏名（ふりがな）	（ ）		性別	男・女
生年月日	昭和・平成	年	月	日生
資格等	（介護福祉士など具体的に記入してください）			
介護業務勤務年数	通算勤務	年	月	（参考なので大よそで構いません）
自宅住所	〒			TEL
勤務先	種別	施設名		
勤務先住所	〒			TEL FAX
連絡可能なメールアドレス	@			
希望研修タイプ ①か②のいずれかに○をつけて下さい。	① 基本研修 + 実地研修（1号・2号・3号） ② 実地研修のみ（1号・2号・3号）			
受講前提要件 実地研修のみの方は右も記入する。	※下記のいずれかの要件を満たす方は、「実地研修のみ」です。始めにご確認下さい			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本研修修了</li> <li>・介護福祉士実務者研修修了</li> <li>・認定特定行為業務従事者認定証保持者</li> </ul>			
	【備考欄】連絡などご自由にお書き下さい			
医療行為の選択 受講を希望する医療行為に○をつける。	口腔内 喀痰吸引		胃瘻または腸瘻 経管栄養	
	鼻腔内 喀痰吸引		経鼻経管栄養	
	気管カニューレ内部 喀痰吸引		※(追加)経管栄養半固形	

※受講受付後、受講料の入金をお願い致します。本人の都合によるキャンセルは受講料の返金は致しかねますのでご了承ください。

※基本研修は本学、実地研修は、主に県内医療機関、施設等での受講となります。

※1・2号実地研修先は、本学が研修先を最終決定致しますが、勤務先等の指導看護師にて研修受け入れされる場合は優先させていただきますので、お申し出ください。

※コロナ禍等で、実地研修先の状況により、ご希望の医療行為が受講できない場合があります、その医療行為相応の受講料を後日返金させていただきます。予めご了承ください。

※前提要件取得後から時間が空いたなどで、実地研修に自身のない方・もう少し学び直したい方のスキルアップ研修は相談に応じますので、お伝え下さい。