

喀痰吸引等研修受講申込書

募集要項・感染予防対策についての内容を確認し同意の上申し込みます。

年 月 日現在

フリガナ 氏名					
生年月日	昭和 平成	年	月	日	満 歳 男・女
住所	〒(-)				
連絡先	TEL:				メールアドレス:
保有資格 ※資格証 別添付		介護福祉士		介護職員基礎研修修了	
		訪問介護員養成研修	級修了		介護業務 経験年数 年 月
勤務先					
住所	〒(-)			電話番号	

・免除科目に該当する受講済研修（受講済証別添付）

修了年・月	受講済研修(チェックをして下さい)		
	<input type="checkbox"/>	①実務者研修医療的ケア(50時間)	<input type="checkbox"/>
		②特養14時間研修	<input type="checkbox"/>
		③喀痰吸引等研修基本研修(講義・演習)	<input type="checkbox"/>

※①、③の研修を受講済みの方は講義・演習が免除とされておりますが、
当法人研修では基本研修免除者事前講義及び演習の受講が必要です。

・研修課程について（どちらかにチェックをして下さい）

<input type="checkbox"/>	一号 喀痰吸引(口腔・鼻腔・気管カニューレ内)経管栄養(胃瘻腸瘻・経鼻)の5行為
<input type="checkbox"/>	二号 喀痰吸引(口腔・鼻腔・気管カニューレ内)経管栄養(胃瘻腸瘻・経鼻)のうち任意の4行為以下

・実地研修場所と実地研修行為について(受講する場所と行為にチェックをして下さい)

<input type="checkbox"/>	所属施設	口腔吸引 <input type="checkbox"/>	鼻腔吸引 <input type="checkbox"/>	気管カニューレ内吸引 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		胃ろう腸ろう (滴下 <input type="checkbox"/> ・半固形 <input type="checkbox"/>)	経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	なのはな館	口腔吸引 <input type="checkbox"/>	鼻腔吸引 <input type="checkbox"/>	胃ろう腸ろう(滴下)	<input type="checkbox"/>

※当法人実地研修場所(なのはな館)には・気管カニューレ内吸引・経鼻経管栄養
・胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養(半固形)の対象者不在です。

・その他の確認事項(該当する側にチェックをして下さい)

① 刑罰の有無

<input type="checkbox"/>	過去2年以内に刑罰を受けていない	<input type="checkbox"/>	過去2年以内に刑罰を受けた
--------------------------	------------------	--------------------------	---------------

② 健康状態

<input type="checkbox"/>	特に問題なし	<input type="checkbox"/>	研修が終了するまで健康が保てるか心配がある
--------------------------	--------	--------------------------	-----------------------

③ 通信機器所持状況(講義の一部をオンラインで行います。環境準備、通信費用は受講者負担となります)

※光回線・Wi-Fi環境推奨、パソコン推奨

<input type="checkbox"/>	いずれも無し	<input type="checkbox"/>	モバイル回線	<input type="checkbox"/>	光回線	<input type="checkbox"/>	Wi-Fi環境
--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	-----	--------------------------	---------

<input type="checkbox"/>	いずれも無し	<input type="checkbox"/>	スマホ	<input type="checkbox"/>	タブレット	<input type="checkbox"/>	パソコン
--------------------------	--------	--------------------------	-----	--------------------------	-------	--------------------------	------

受理日 年 月 日
医療法人社団慶勝会