

＜介護職員等によるたんの吸引等の実施のための第3号研修＞
介護職員等 受講申込書

1. 受講生情報は修了証を発行し、県へ報告する際に必要です。戸籍上の氏名・生年月日をご記入ください。

ふりがな
受講生氏名 _____ 男 ・ 女 _____
〒 _____
住 所 _____
電話番号 () _____ 携帯 _____
生年月日 昭和 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 実地研修を予定の場合、利用者と指導看護師の状況をご記入ください。

	利用者の氏名	利用者に必要な行為 (○をつけて下さい)	利用者のサービス種別 (○をつけて下さい)	
1	フリガナ -----	<ul style="list-style-type: none"> ・吸引（口腔・鼻腔・気管） ・経管栄養 （経鼻・胃ろう・腸ろう） 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法 ・障害者総合支援法 	
	指導看護師名			
	事業所名			
2	フリガナ -----	<ul style="list-style-type: none"> ・吸引（口腔・鼻腔・気管） ・経管栄養 （経鼻・胃ろう・腸ろう） 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法 ・障害者総合支援法 	
	指導看護師名			
	事業所名			
3	フリガナ -----	<ul style="list-style-type: none"> ・吸引（口腔・鼻腔・気管） ・経管栄養 （経鼻・胃ろう・腸ろう） 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法 ・障害者総合支援法 	
	指導看護師名			
	事業所名			

3. 実地研修を予定の場合、損害保険加入の状況を教えてください。

賠償責任保険 加入	有 ・ 無
-----------	-------

※ご記入いただいた書類は、本事業の目的以外に使用することはありません。