2023年度　介護老人保健施設アルカディア　介護職等による喀痰吸引等研修事業

（第1号および第2号研修）

**受　講　申　込　書**

介護老人保健施設アルカディア

施設長　棚田 文雄　殿

　貴登録研修機関が実施する、「介護職員等による喀痰吸引等研修事業」の受講を希望しますので、自施設の管理者の承諾書と合わせて申し込み致します。

2023年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受講希望者** | フリガナ | |  | | |
| 氏　名 | |  | | |
| 資格名 | | □介護福祉士　　□ヘルパー2級　　□介護初任者研修  □その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| 生年月日 | | 昭和　・　平成　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 住　所  連絡先 | | 〒　　　　　　－  ☎（　自宅　・　携帯　）　　　　　　　－　　　　　　　－ | | |
| **所属事業所** | 名　称 | |  | | |
| 住　所 | | 〒　　　　　　－  ☎：　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | |
| 法人名 | |  | | |
| 所属長の氏名 | |  | | |
| **受講区分** | 希望するコースに〇印をつけてください　※自施設に該当する利用者の項目を選択 | | | | |
|  | 1号研修 | | | 口腔・鼻腔喀痰吸引・気管カニューレ内部の吸引  胃ろう・腸ろうによる経管栄養・経鼻経管栄養 |
|  | 2号研修 | | 上記５つの行為から1つ以上選択 | |

※受講生の連絡先は、緊急時等に直接連絡が可能な番号を記入下さい。

個人情報は本研修事業でのみ使用します。その他の用途では使用しません。

**事　業　所　承　諾　書**

私は、貴登録研修機関が実施する、「介護職員等による喀痰吸引等研修事業」に上記受講者が受講することを承諾し、事業所として受講生への業務配慮を致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2023年　　　月　　　日

事業所名：

管理者役職：

氏名（自筆もしくは捺印）：