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）：