

2021 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 3 号研修)

受講申込書

2021 年 月 日

希望の研修内容		<input type="checkbox"/> 基本研修（講義、演習）+実地研修 <input type="checkbox"/> 演習+実地研修 <input type="checkbox"/> 実地研修のみ	
受講希望者	フリガナ		
	氏名	④	
	資格名	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護実務者研修 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	研修の一部履修免除	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →修了書等のコピー提出	
	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	法人名		
	名称		
	住所	〒 - ☎： FAX：	
	所属長の氏名	役職	
特定の対象者	利用者名	利用者の同意 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
	行為種別	【喀痰吸引】 <input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者	かかりつけ医の承認 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
		【経管栄養】 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	指導看護師の承認 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
指導看護師名	事業所名		
2025 ネットワーク会員事業所		<input type="checkbox"/> 会員である <input type="checkbox"/> 会員ではない	

※その他の提出物

- ①研修の一部履修免除を証明する修了書等のコピー（募集要項☆該当の者）
- ②指導看護師の正看護師免許証のコピー、3 号指導者研修の修了証書のコピー、指導看護師等就任届出書（別紙 1）