

喀痰吸引等(実地研修)受講申込書

受講者一名毎にご記入ください。

※記入後、**FAX: 0479-62-8383** へお送り下さい。

氏名		かな	
生年月日	昭和・平成	年	月 日 生 (歳)
連絡先	TEL		
勤務先	設置主体名(法人名) : 所在地: 〒 : TEL: FAX:	施設名 :	
施設種類	1. 訪問介護事業所 2. その他 ()		
保有資格	1. 介護福祉士 2. ヘルパー ※1・2以外については、必ずお問合せください		
経験年数	年		

ご加入の損害賠償保険名(実地研修も保険適用になるもの)※必ず事業主に確認してください	
保険名:	
経過措置で吸引の実施	(該当するものに○) 無し・有り
対象者の名前、生年月日、障害(疾患)名 名前: 生年月日: 障害(疾患)名:	
主治医	医療機関名: 氏名:
担当訪問看護師	事業所名: 氏名:
担当訪問看護師 (複数いれば記載)	事業所名: 氏名:
必要な医療処置 (該当するものに☑)	<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"/> 経鼻胃管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養