

※平成 30 年 5 月 2 日（水）までに、**FAX: 0479-62-8383** へお送り下さい。

喀痰吸引等基本研修修了者向けフォローアップ研修申込書

【5月研修分】

| | | | |
|---------------|------------------------------------|----|------------|
| 氏名 | | かな | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 日 生 (歳) |
| 連絡先 | TEL | | |
| 勤務先 | 施設名： 所在地：〒 TEL： FAX： | | |
| 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 3. その他() | | |
| 経験年数 | 年 | | |
| 喀痰吸引等 実施人数 | おおよそ： 人 | | |

| | |
|--------------------------------|--|
| 今まで経験した 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 |
| 受講を希望される医 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 |
| その他受講に関して 要望等 | |