

【平成29年度社会福祉法人ふる一む喀痰吸引等研修申込書】

平成 年 月 日

| | | | |
|-----------------------------|---|-----|-----------------|
| 氏名 <small>(フリガナ)</small> | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日生 |
| 住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | Tel. Fax | | |
| 所属 | <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス事業所 事業所名： _____ 担当業務・経験年数： _____ (年 月) <input type="checkbox"/> 介護福祉サービス事業所 事業所名： _____ 担当業務・経験年数： _____ (年 月) <input type="checkbox"/> その他（具体的に） | | |
| 申し込み内容 | 裏面「申込項目一覧」に記載願います | | |
| 痰の吸引等の経験 | <input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験あり（経験年数： 年 月） ・痰の吸引（ <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者） ・経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 半固形 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養） | | |
| 資格等 | <input type="checkbox"/> 取得済みの資格（資格証の写しを添付） _____ <input type="checkbox"/> 同一事業所内での優先順位 名中 番目 | | |

※受講申込者が定員を超えた場合は、事業所単位で受講者数に制限を設けることとし、受講者の決定は、各事業所が指定した優先順位によります。

【研修申し込みに係る誓約書】

私は、「平成29年度喀痰吸引等研修受講案内」の内容を理解し、同案内の記載事項を遵守したうえで上記の研修を受講することを誓約します。

平成 年 月 日

申込者氏名 _____ 印

【平成29年度喀痰吸引等研申込項目一覧】

◎研修の種類を選択願います（該当する方に「☑」）

第1号 第2号

◎受講を希望する項目の「希望」欄に「○」を記載してください

| 区 分 | 希望 | 備 考 |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| 基本研修 (講義) | | 講義50時間（筆記試験） |
| | | 人工呼吸器 |
| | | 半固形栄養剤 |
| 基本研修 (演習) | | 口腔内の喀痰吸引（通常） |
| | | 鼻腔内の喀痰吸引（通常） |
| | | 気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常） |
| | | 胃瘻・腸瘻による経管栄養（滴下型） |
| | | 経鼻経管栄養 |
| | | 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） |
| | | 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） |
| | | 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） |
| 実地研修 | | 胃瘻・腸瘻による経管栄養（半固形型栄養剤） |
| | | 口腔内の喀痰吸引（通常） |
| | | 鼻腔内の喀痰吸引（通常） |
| | | 気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常） |
| | | 胃瘻・腸瘻による経管栄養（滴下型） |
| | | 経鼻経管栄養 |
| | | 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） |
| | | 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） |
| | 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | |
| | 胃瘻・腸瘻による経管栄養（半固形型栄養剤） | |

※「人工呼吸器装着者」及び「半固形型栄養剤」の受講は任意です。

※「人工呼吸器装着者」及び「半固形型栄養剤」の実地研修は、修了までに相当の期間が見込まれますので、お申し込みを検討されている方は、事前にご相談願います。