**様式1**

**年度　喀痰吸引等研修（不特定多数の者対象）**

**受講申込書　　　　年　月　日　No.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな |  | | | | 性　別 | | | 男　・　女 |
| 氏　名 | ㊞ | | | |
|  | 生年月日  年　齢 | 昭和  平成　　　年　　月　　日（　　才） | | | 保有資格 | | |  | |
| 介護職歴 | | | 年　　ヶ月 | |
|  | 現住所  連絡先 | 住所 | 〒  　　　　県　　　　　市 | | | | | | |
| TEL |  | FAX | | |  | | |
| 携帯 |  | E-Mail | | |  | | |

* 申込書No.④～⑪は、施設（事業所）管理（代表）者の方がご記入下さい。（推薦書兼）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 勤務先 | ①特別養護老人ホーム　②介護老人保健施設　③有料老人ホーム  ④グループホーム　　　⑤その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
|  | 勤務先  住所  連絡先 | 法人名 |  | | | | | | | |
| 施設  （事業所） |  | | | | | | | |
| 所在地 | 〒  　　　　県　　　　　　市 | | | | | | | |
| TEL |  | | | FAX | | |  | |
| E-Mail |  | | | | | | | |
|  | 施設（事業所）  管理（代表）者 | 役職 |  | | 氏名 | | | ㊞ | | |
|  | 希望研修 | * 1. 第1号研修   2. 第2号研修（　　）口腔内の喀痰吸引   （　　）鼻腔内の喀痰吸引  （　　）気管カニューレ内部の喀痰吸引  （　　）胃ろう又は腸ろうによる経管栄養  （　　）経鼻経管栄養 | | | | | | | | |
|  | 実地研修  指導看護師 | 氏名 |  | | | | | | | |
| 指導看護師養成研修の受講状況 | | | | | ①修了　②受講予定　③未定 | | | |
|  | 協力  見込者数 | 口腔内吸引　　　名　鼻腔内吸引　　　名　気管カニューレ内吸引　　　名　胃ろう（腸ろう）による経管栄養　　　名　経鼻経管栄養　　　名 | | | | | | | | |
|  | 実地研修実施施設 |  | | | | | | | | |
|  | 施設（事業所）内  申込 | 申込者数 | | 優先順位 | | | | | | 申込者の役職 |
| 名 | | 番目 | | | | | |  |

**様式2　指導看護師用**

**年度　喀痰吸引等実施のための指導看護師養成講習会**

**参加申込書　　　　　年　月　日　No.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | ふりがな |  | | | | | 性別 | | | 男　・　女 | |
| 氏　名 | ㊞ | | | | |
| ② | 生年月日  年　齢 | 昭和  平成　　　年　　　月　　　日（　　　才） | | | | | | 保有資格 | |  | |
| ③ | 現住所  連絡先 | 住所 | 〒  県　　　　　市 | | | | | | | | |
| TEL |  | | | FAX | | |  | | |
| 携帯 |  | | | E-mail | | |  | | |
| ④ | 経験年数 | 看護勤務  　　年　　ヶ月 | | 免許証 | 取得年月日  昭和・平成　　年　　月　　日 | | | | | | 免許番号 |

* 申込書No.⑤～⑧は、施設（事業所）管理（代表）者の方がご記入下さい。（推薦書兼）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑤ | 勤務先  住　所  連絡先 | 法人名 |  | | | | | | |
| 施設  （事業所） |  | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | |
| TEL |  | | | | FAX | |  |
| E-mail |  | | | | | | |
| ⑥ | 施設（事業所）  管理（代表）者 | 役職名 |  | | 氏名 | | ㊞ | | |
| ⑦ | 申込看護師 | 入職年月日  昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | 雇用形態  常勤  非常勤（　　　時間／週） | |
| ⑧ | 施設（事業所）内  申込状況 | 申込者数 | | 優先順位 | | | | 申込者の役割 | |
| 名 | | 番目 | | | |  | |
| 指導看護師養成研修の修了者 | | | | 今期当研修機関の介護職研修受講申込者 | | | |
| いない　・　いる（　　　名） | | | | いない　・　いる（　　　名） | | | |