別紙１－１

敬老園本部喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講申込書

社会福祉法人敬老園本部
理事長 斎藤 剛志 様

事業所名
受講申込者名　　印

標記研修会について、下記のとおり申し込みます。

記

<table>
<tr><td>所　属
法人名</td><td colspan="2"></td><td>サービス
種　別</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>事業所
所在地</td><td colspan="5">〒　　－</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td colspan="2">電話
FAX</td><td>担当者名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>（ふりがな）
受講者名</td><td colspan="5">（生年月日　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td>受講者の
現住所</td><td colspan="5">〒　　－</td></tr>
<tr><td>現在の
職名</td><td colspan="2"></td><td>保有
資格</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">受講者の
介護の
経験</td><td colspan="2">施設・事業所名</td><td>勤務時
の職種</td><td colspan="2">通算勤務期間
（　　年　　か月）</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>研修
コース</td><td colspan="5">＊　受講を希望する研修コースに レ（チェック）をしてください。
□　第一号研修：喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部）
経管栄養（胃ろう又は腸ろう）　経鼻経管栄養
□　第二号研修：喀痰吸引（口腔・鼻腔）
経管栄養（胃ろう又は腸ろう）</td></tr>
<tr><td>実地研修
事業所名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">実地研修
施設の状況
（注）</td><td colspan="3">喀痰吸引の対象者数</td><td colspan="2">経管栄養の対象者数</td></tr>
<tr><td>口腔</td><td>鼻腔</td><td>気管ｶﾆｭｰﾚ</td><td>胃ろう又は
腸ろう</td><td>経鼻経管</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">指導看護師名　：</td><td colspan="3">研修担当者名　：</td></tr>
</table>

（注）自施設（自法人）の施設等において実地研修が実施する場合は、対象となる利用者数を記載してください。対象者に人工呼吸器装着者がいる場合は、□にレ（チェック）を入れてください。