

介護職員等によるたんの吸引等研修事業(第三号研修)受講申込書

令和 年 月 日

ふりがな	生 年 月 日		○を入れてください
氏 名	昭和・平成 年 月 日		男 ・ 女
自宅住所・電話	〒		自宅電話:
勤 務 先	事業所名:	法人名:	
事業所所在地	〒		
事 業 所 TEL&FAX	TEL:	FAX:	
緊急連絡先 (携帯等)			
保有資格・免許	1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修課程修了者 3 介護職員初任者研修課程修了者 4 (訪問)介護養成研修____級課程修了者 5 その他 ()		
実務経験年数	()年 ()か月		
事業所内での受講優先順位		第 位	
ア 認定特定行為業務従事者認定証(経過措置・特定の者対象)の有無		有り ・ 無し (「有り」のとき)今回の実地研修の利用者に対する認定証ですか? はい ・ いいえ	
イ 認定特定行為業務従事者認定証(第三号研修修了者(特定の者対象))の有無		有り ・ 無し (「有り」のとき)今回の実地研修の利用者に対する認定証ですか? はい ・ いいえ	
上記ア又はイが有りの場合・・・右記のいずれかに○を入れてください。		全日程受講希望 ・ 必要な科目のみを受講	
利用者(たんの吸引等 を必要とされている方) の氏名	ふりがな:		
	氏名:		
実地研修指導講師(利用者のかかりつけ医又は 看護師)の氏名・生年月日・資格・所属 注4)	ふりがな:	あわ はなこ 例)阿波花子 看護師	
	氏名:		
	生年月日: 昭和・平成 年 月 日		
	所属:	所属TEL番号:	例)〇〇病院 088-621-××××
	所属所在地: 〒		
	実地研修指導講師研修 (受講済 ・ 今回申込み) ← ○をつけてください。 謝礼の支払先: 法人 ・ 個人 ← ○をつけてください。		
受講対象となる担 当する医療行為に ○を入れてください	1 口腔内喀痰吸引	4 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	← 利用者が必要と する医療行為です。 必ず確認してください!!
	2 鼻腔内喀痰吸引	5 経鼻経管栄養	
	3 気管カニューレ内部喀痰吸引		
	人工呼吸器装着者ですか? はい・いいえ		

推 薦 書	
募集要項の内容を確認し、上記の者を「介護職員等によるたんの吸引等研修事業(第三号研修)」の受講者として推薦します。	
令和 年 月 日	
公益財団法人介護労働安定センター徳島支部長 様	
事業所名	
事業所の長	
印	

注1) 複数の事業所で勤務し、それぞれでたんの吸引等の行為を担当する必要がある場合は、勤務時間の長い事業所から申し込んでください。

注2) 申し込む際は、募集要項をよく確認の上、お申し込みください。

注3) 1事業所で複数名申し込まれる場合は、必ず受講優先順位を御記入ください。

注4) 指導看護師のみのお申込みの場合は、**濃い黒の枠内のみ**をご記入下さい。

※介護職員のお申込みの場合でも記載が必要となります。