

平成29年 月 日

三重介護福祉専門学校 様

平成29年度喀痰吸引等研修(第1・2号研修)(不特定多数の者対象)受講推薦書兼  
申込書

## 1. 受講申込者(法人、事業所の代表者)

名 称 (法人・事業所)			
代表者 職・氏名	①		申込担当者 職・氏名
連 絡 先	住所:(〒 - )		
	TEL	FAX	E-Mail

※受講決定(不決定)の連絡は、文書を送付します。(連絡先は、文書の送付、問合せに使用させていただきます。)

## 2. 受講希望研修(実地研修) (\*①・②どちらかに○印をつけて下さい。)

- ① 基本研修+実地研修                      ②基本研修免除(実地研修のみ)

## 3. 喀痰吸引等研修(第1・2号研修)の受講を推薦する者

(ふりがな) 受 講 申込者名	男 ・ 女	生 年 月 日		
		年	月	日 ( ) 歳
自 宅 住 所	〒			
連 絡 先	電話番号	携帯番号		

※氏名・生年月日は修了証書作成時に使用しますので、正確に記入してください。

## 4. 実地研修実施に係る確認事項

可		不可			
実地研修先を確保できる場合、貴施設における各医行為対象となる利用者者人数	喀痰吸引の対象者数			経管栄養の対象者数	
	口腔	鼻腔	気管カニューレ	胃ろう又は腸ろう	経鼻経管
実地研修指導者看護師(注1)		有                      無			
複 数 名 申 込 みの 場 合 下 記 推 薦 者 の 優 先 順 位		_____ 名 申 込 の うち _____ 位			

(注1) 貴施設に演習及び実地研修実施の指導看護師が在籍している場合は、[様式2]指導看護師調書及び承諾書、指導看護師の指導者養成講習修了書の写しもしくは医療的ケア教員講習会修了書の写しが必要となります。

