

※ 郵送送付

必ず郵送にてお申込み下さい。

チェックしながらご記入下さい

受講申込書記入見本

【別紙1】

平成〇〇年度 喀痰吸引等研修(第一号・第二号研修) XXXX 県 受講申込書

記入日: 20xx 年 xx 月 xx 日

兵庫県・千葉県には  
この欄はありません

チェックしながらご記入下さい

※その他(提出物等)

- ①  認定特定行為業務従事者証等の募集要項別紙(4)に該当する証書等をコピーして同封して下さい。
- ②  指導看護師さんの看護師免許のコピー(A4版)を同封して下さい。  
実地研修の評価票の記入(評価)に関わる看護師さん全ての免許の提出が必須です。
- ③  指導看護師さんの、指導看護師講習または医療的ケア教員講習会の修了証のコピーを同封して下さい。
- ④  実地研修に係る確認書はホームページよりダウンロードして頂き、所定事項にチェックの後、受講生氏名並びに実地研修を実施する施設の記名・押印をして同封して下さい。  
同一法人・関連法人にて実地研修を実施する場合も同様です。
- ⑤  受講決定通知をお送りいたしますので受講生宛ての返信用封筒を同封して下さい。

その他、ご不明な点等はお問合せ下さい。  
担当 小杉・鈴木・神津

平成29年に介護福祉士に登録された方の  
実地研修のみ受講は介護福祉士登録証の  
コピーを添付して下さい。

希望研修会場	<input checked="" type="checkbox"/> 東部会場	<input type="checkbox"/> 中部会場	<input type="checkbox"/> 西部会場			
希望研修	<input type="checkbox"/> 第1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 第2回目	<input type="checkbox"/> 第3回目			
施設等関係						
法人名	社会福祉法人 聖隷福祉事業団	サービス種別	特別養護老人ホーム			
施設名	和合愛光園	事業者登録 をしてください→	<input type="checkbox"/> 登録特定行為事業者 <input type="checkbox"/> 登録喀痰吸引等事業者			
所在地	〒433-8125 浜松市中区和合町 555					
電話番号	053-478-0800	FAX 番号	053-476-6511			
メールアドレス(※施設代表メールをご記入ください)	wagou-seirei@sis.seirei.or.jp					
施設担当者名	聖隷太郎	役職	介護主任			
実地研修関係 <b>※ 研修を希望する特定行為に○印をご記入ください(利用者が居る場合に限る)</b>						
実施場所(介護保険施設等)	<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 同一法人	<input type="checkbox"/> 関連法人			
利用者 状況	特定行為	研修希望	利用者数	特定行為	研修希望	利用者数
	口腔内吸引	○	5名	胃ろう・腸ろう経管栄養(滴下)	○	7名
	鼻腔内吸引	○	3名	胃ろう・腸ろう経管栄養(半固形)	○	2名
	気管カニューレ内部吸引		名	経鼻経管栄養		
	人工呼吸器装着者	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	* 人工呼吸器の種類 : マスク / 気管切開			
指導看護師名 (実務経験年数)	浜松 花子(20)	浜松 太郎(15)	( )	( )		
受講者(専ら介護業務に従事している方)						
ふりがな	せいれい じろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
氏名	聖隷 次郎	生年月日	昭和・平成	2年 10月 10日生		
住民票・所在地	〒430-0946 浜松市中区元城町 218-26					
電話番号(自宅)	053-413-3376	緊急連絡先(携帯電話)	090-1234-5678			
介護福祉士資格	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	介護福祉士資格取得年月日	2010年 4月 1日			
研修の一部履修免除	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	免除項目	経過措置による口腔吸引 ・ その他( )			

※ その他(提出物等)

- ① 研修の一部履修免除を証明する修了証等のコピー(受講者募集要項別紙4に該当の者)
- ② 指導看護師の正看護師免許証のコピー **※指導看護師の変更があった場合は必ず連絡してください**
- ③ 指導看護師講習または医療的ケア教員講習会の修了証のコピー
- ④ 実地研修に係る確認書
- ⑤ 受講決定(結果)送付用封筒1通分 **【長形3号封筒(82円切手貼付・受講者の住所氏名を記入)】**

<郵送先> 〒430-0946 浜松市中区元城町 218-26 社会福祉法人 聖隷福祉事業団  
人事企画部 担当:小杉・鈴木 電話番号:053-413-3376 FAX番号:053-546-0123

◆当事業団記入欄	受付日:	受講可否通知:	入金日:
----------	------	---------	------

受講申込書の記入日をご記入下さい。

受講を希望される会場と希望回数にチェックをして下さい。

法人名~施設名は、正式名称をご記入下さい。

事業所登録の状況をご記入下さい。

受講手続においてお問合せにご対応頂ける方をご記入下さい。

実地研修を実施する施設にチェックをして下さい。

実地研修を希望する特定行為に○をした上で対象の利用者数をご記入下さい。尚、対象の利用者が居ない場合は希望出来ません。

吸引の実地研修を希望する方でその利用者が人工呼吸器装着者の場合はご記入下さい。

実地研修の評価を担当される看護師さんの氏名と( )に実務経験年数をご記入下さい。

受講生の情報をご記入下さい  
特に《氏名》の漢字に誤りの無いようご注意ください。

緊急連絡先の携帯電話番号は研修の休講等の連絡に使用いたしますので、忘れずにご記入下さい。

介護福祉士の資格の有無・介護福祉士資格取得年月日また研修の一部履修免除については漏れの無いようにご記入下さい。

この欄はこちらで使用いたしますのでご記入の必要はございません。