

「介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修」申込書

修了資格＝2号

ふりがな		生年月日	性別
氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所（自宅）			
電話（自宅等）			
事業所番号		サービスの種類	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )
施設・事業所名			
施設・事業所所在地	〒		
		連絡先（事業所）	(電話) (FAX)
介護従事経験年数等	年 カ月	保有資格	
認定状況	現在、認定特定行為業務従事者（経過的措置）の認定を受けている（はい・いいえ） ※（はい）と答えた方 <input type="checkbox"/> 特定（対象行為： ） <input type="checkbox"/> 不特定（対象行為： ）		
現在の職場において、実地研修が可能ですか？ （ はい ・ いいえ ）			
実地研修可否 該当項目を チェックしてください	利用者について <input type="checkbox"/> 実地研修の同意を得ている 実施研修の同意を得られる利用者の人数_____人		
	指導看護師について <input type="checkbox"/> 実施研修指導者の要件を満たす者がおり、実地研修の指導が可能である <input type="checkbox"/> 実施研修指導者の要件を満たす者はいないが、実地研修指導伝達研修の参加が可能な看護師がいる ※1) 参照		
	実地研修実施期間について <input type="checkbox"/> 職場での実地研修が可能である <input type="checkbox"/> 他事業所等での実地研修の協力を取り付けている		

上記の者が、介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修を受講することを申し込みます。

※1) 実地研修指導者の要件とは、医師又は看護師（准看護師を除く）又は助産師で、鹿児島県が認めた指導者説明会参加者又は、医療的ケア教員講習会修了者に該当する方です。

平成 年 月 (実地研修が可能な場合、記載して下さい。)

施設・事業責任者氏名

印