

様式 5 号

介護職員などによるたん吸引等の実施のための第 3 号研修(特定の者対象)

受講申込書

提出日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------|--|--|
| ふりがな 氏 名 | | 男 | 生 年 月 日 | | |
| | | 女 | S/H | 年 月 日 () 歳 | |
| 本人連絡先 | 住 所 | (〒 -) | | | |
| | 自宅電話 | () - | 携帯電話 | - - | |
| 現在の勤務先 | 事業所名 | | 種別 | 1. 訪問介護(介護保険法) 2. 重度訪問(自立支援法) 3. その他 | |
| | 所在地 | (〒 -) | | | |
| | TEL | () - | FAX | () - | |
| 保有資格 | ※医療・福祉・教育系の資格を記入する | | | | |
| 経験年数 | 実務経験 ()年()ヵ月 | | | | |
| | たん吸引経験年数 ()年()ヵ月 | | | | |
| 特定の対象者 に関する基本情報 | ふりがな | | 年齢 | 歳 | |
| | 氏 名 | | | | |
| | 住 所:(〒 -) | | | | |
| | TEL | () - | FAX | () - | |
| | 主病名 | | | | |
| | 主治医・医療機関 | 主治医 | | | |
| | | 医療機関名 | | | |
| | 訪問看護ステーション名 | <input type="checkbox"/> | なし | | |
| <input type="checkbox"/> | | あり() | | | |

裏 面へ

様式 5-2

| 利用者の ケアの種類 (該当するものに チェックする) | 項 目 | 内 容 | 備 考 | |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | 口腔内の吸引 | (口鼻吸引人工呼吸器) | |
| | | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input type="checkbox"/> | 鼻腔内の吸引 | (口鼻吸引人工呼吸器) | |
| | | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input type="checkbox"/> | 気管カニューレ内部の吸引 | 人工呼吸器 | |
| | | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input type="checkbox"/> | 胃ろうによる経管栄養 | 栄養形態 | |
| | | <input type="checkbox"/> 液体 | <input type="checkbox"/> 半固形 | |
| <input type="checkbox"/> | 腸ろうによる経管栄養 | 栄養形態 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 液体 | <input type="checkbox"/> 半固形 | |
| <input type="checkbox"/> | 経鼻経管栄養 | 栄養形態 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 液体 | <input type="checkbox"/> 半固形 | |
| 受講希望研修 (該当するものに チェックする) | 項 目 | 研修内容 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 基本研修のみ | | |
| | <input type="checkbox"/> | 基本研修 | 実地研修 | |
| | <input type="checkbox"/> | 基本研修 | 経管栄養限定 | |
| | <input type="checkbox"/> | 基本研修 | 経管栄養 | 実地研修 |
| | <input type="checkbox"/> | 実地研修のみ | | |

事業所確認欄

上記の者を「介護職員などによるたん吸引等の実施のための研修(特定の者対象)」の受講者として申し込みします。

日付: 令和 年 月 日

東北福祉カレッジ様

事業所名

所在地

代表者名

印