

令和 年度 第 回

喀痰吸引等(第 3 号研修) 受講申込書

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日	介護職経験年数 年 ヶ月
自宅住所 〒 電話番号() FAX番号(無い方は「無し」とご記入ください。) () メールアドレス()			受講票等郵送物の宛先 (☑を記入) ☐ 自宅へ郵送希望 ☐ 勤務先へ郵送希望
日中の連絡先(☑を記入) ☐ 携帯電話(番号) ☐ 勤務先			
保有資格等※資格証明証を提出すること (例:介護福祉士)			
免除科目について ※詳細は募集要綱をご覧ください。 ☐ あり(免除科目がある場合は、それを証明する写しと一部履修免除の申告書を提出すること) ☐ なし ※実務者研修、医療的ケア等(不特定の者対象)のたん吸引等研修は免除にはなりません。ご注意下さい。			

【実地研修対象者について】

氏 名	実地内容(必要行為に○を付ける)	本人・ 家族の 同意書	医師の 指示書	実地研修で看護師 等の協力・連携が 得られる	対象者居住地 (市町村名)
	吸引(口腔・鼻腔・気管切開)	有・無	有・無	有・無	
	吸引 人工呼吸器装着者 (口腔・鼻腔・気管切開)				
	経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう)				
特定の対象者に関する情報					
	主治医・医療機関等				
	実地研修協力訪問看護ステーション等名				

【申込者勤務先について】

法人名(例:社会福祉法人 ○○会など)	
種別(例:介護老人保健施設など)	
勤務先名	
勤務先住所	〒
連絡先	電話: FAX: メールアドレス: 事務担当者様お名前(ご本人の代わりに連絡が取れる方):

【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。

年 月 日

訪問介護つばさ様

施設名
管理者名 印

【申込方法】

以下の書類を揃えて、期間内に郵送してください。

- ① 第3号研修 受講申込書
- ② 資格証明書の写し
- ③ 対象者または家族の同意書の写し
- ④ 医師の指示書

※③④に関しては実地研修を受ける場合のみ

申込書類送付先・研修に関する問い合わせ先

〒990-2324 山形県山形市青田南6-13 西田ビル 2F

株式会社ユニバーサル山形 管理部 喀痰吸引等研修事業係 担当 長谷部・小山

電話: 023-627-7011 Fax: 023-674-0782

Mail: d-hasebe@tbasa.co.jp

お問い合わせやご質問は、メールにてお願い致します。