

平成28年度 介護職員等によるたんの吸引等実施研修事業（第三号研修・特定の者対象）  
受講申込書（実地研修）

平成 年 月 日

一般社団法人茨城県介護福祉士会 宛

（法人所在地）水戸市笠原町1111-1

（法人名）特定非営利活動法人○○

（代表者名）日本一郎

印

（担当者名）茨城太郎

（電話番号）029-301-3321

標記の研修について、次のとおり申し込みます。

受講希望者 (介護職員等)	ふりがな	いばらき はなこ	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
	受講者 氏名	茨城 花子		
	生年月日	昭和・平成50年10月 1日 (37歳)		
	受講者 住 所	〒310-8555 水戸市笠原町978-6		
	事業所名	居宅介護事業所○○	管理者	日本 次郎
	事業所 所在地	〒310-8555 水戸市笠原町1111-1		
	受講資格 確認書類	1 介護職員等たん吸引等実施研修会（特定の者対象）筆記試験合格通知 2 認定特定行為業務従事者認定証（第三号研修修了者） 3 認定特定行為業務従事者認定証（平成23年度特定の者対象研修修了者） 4 認定特定行為業務従事者認定証（厚生労働省通知に基づく経過措置対象者）		
	前回実地研 修申込状況	平成27年 月 日 • 今回が初めて		
		※平成27年度中に2回目以降実地研修を受講する際には、損害賠償保険料が免除されます。		
利 用 者 (対象者)	ふりがな	かさはら たろう	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
	氏 名	笠原 太郎		
介護職員等による実施が必要な医行為				
• たん吸引（口腔内） <input checked="" type="radio"/> • 経管栄養（胃ろう又は腸ろう） • たん吸引（鼻腔内） <input checked="" type="radio"/> • 経管栄養（経鼻経管栄養） • たん吸引（気管カニューレ内部） <input checked="" type="radio"/> ※該当するもの全てに○をつけてください。				
実地研修 指導者 (看護師等)	ふりがな	みと たろう	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
	氏 名	水戸 太郎		
	職 名	看護師		
	指導者 資 格	有（指導者講習会修了証の写しを添付） <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> ※指導者資格を未取得の場合は、別途指導者講習会の受講が必要となります。		
	勤務先 管理 者	標記研修の実地研修について、指導者を派遣し又は受講生を受け入れることを承諾します。 （勤務先事業所名及び管理者名） 訪問看護ステーション○○ 管理者 水戸 花子		
指導者謝金 受領の有無	受領します <input checked="" type="radio"/> 受領しません <input type="radio"/>			※謝金受領の際には、実地研修修了時に受講者へ口座振替依頼書をお渡しください。

【添付書類】

※基本研修履修済の証明となるもの（基本研修筆記試験合格通知書等）または、認定特定行為業務従事者認定証の写しを添付してください。