

(別添)

2019年度 介護職員等たん吸引等実施研修事業(第三号研修・特定の者対象) 受講推薦・申込書

1 事業所の概要

法人名			
事業所名		電話番号	
事業所住所	〒(-)	FAX番号	
		E-mail	
この申込みに関する 事業所連絡担当者氏名			

2 受講希望者(介護職員等)

フリガナ 受講希望者氏名		性別	男・女
		生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日
事業所における優先順位 (同一事業所で複数の方が受講希望される場合は番号を記入)	〒(- - -)		
受講希望者自宅住所			
受講希望者の事業所での役職			
受講希望者の主な資格			
受講希望日程(希望に○印)	第1回		第2回
受講希望者の介護に関する 主な職歴 (※介護職の年数等を記載)			

3 対象利用者名及び特定行為の種類

利用者名		性別	男 · 女
特定行為	たん吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内） 経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養）		

注)該当する特定行為の全てを○で囲んで下さい。

4 実地研修指導予定者(看護師)

指導者名		性別	男 · 女
指導者資格	有 · 無	※指導者資格を未取得の場合は、別途指導者講習会の受講申込が必要となります。	

上記のとおり申しあげます。

平成 年 月 日

受講希望者氏名

印

上記の者を受講者として推薦します。 法人名

高能電子

印

新民縣志