

受講申込書

記入日: 年 月 日

■ 施設等関係 ※空欄に必要事項をご記入ください。				
法人名				
サービス種別		施設名		
所在地	〒			
電話番号		FAX番号		
メールアドレス(施設代表アドレス)				
施設担当者名				
■ 研修内容について ※いずれかにチェック☑をしてください。				
受講内容※1	<input type="checkbox"/> 基本研修より受講 <input type="checkbox"/> 実地研修のみ受講 <input type="checkbox"/> 行為の追加			
■ 実地研修について(施設の状況等) ※空欄に必要事項を記入および該当にチェック☑をしてください。				
実施場所	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 同一法人内施設 <input type="checkbox"/> 紹介希望※2			
実施施設名	※ 同一法人内施設で行う場合は、施設名を記載してください。			
利用者状況	施設内にて対象となる利用者の人数			
	口腔内吸引	鼻腔内吸引	気管カニューレ 内部の吸引	胃ろうまたは腸ろう による経管栄養
	人	人	人	人
指導看護師名 (実務経験年数)	※ 実地研修の評価を担当される看護師の氏名と()に実務経験年数を記載してください。			
備考				
■ 受講者について(専ら介護業務に従事している方) ※空欄に必要事項を記載および該当に○をつけてください。				
フリガナ 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
		性別	男性・女性	
住所	〒			
電話番号(自宅)		緊急連絡先(携帯電話)		
介護福祉士資格	有・無	介護福祉士資格 取得年月日		
研修の一部履修免除 ※3	該当 ・ 非該当			
免除項目	経過措置による口腔吸引・その他()			
職歴	【福祉現場での勤務年数】 年 ヶ月			
当会の宿泊施設の利用	宿泊する ・ 宿泊しない			

【備考】

- ※1 基本研修より受講の場合は、「講義・演習・実地研修」全てを行います。行為の追加は、実地研修のみの受講となり、第2号研修をすでに修了された方で、追加で未実施の特定行為を行う方が対象となります。
- ※2 実地研修のみ受講または行為の追加希望者の場合、自施設または同一法人内での実地研修が可能な方のみ、受講可能となります。こちらで実施施設の紹介はできませんのでご了承ください。
- ※3 養成施設等の教育課程において医療的ケアの科目修了者、喀痰吸引等研修第2号研修修了者、介護職員実務者研修修了者、「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」(平成22年4月1日厚生労働省医政局長通知)に基づく研修修了者が該当となります。⇒ [申込書に必ず研修修了を証明する書類を添付してください。](#)

◇ 同一の施設で受講希望者が複数いる場合は、受講者1名ごとに申込書を作成してください。
この申込書に記載いただいた内容は、研修を運営する目的以外では使用しません。

—お申込み・お問い合わせ—
 社会福祉法人天竜厚生会 研修センター
 TEL/053-583-1123 FAX/053-583-2655
 E-mail : kensyu-center@tenryu-kohseikai.or.jp

※申込用紙は天竜厚生会ホームページからダウンロードできます。
<http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/>