別紙１－１

飯田短期大学

喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講申込書

飯田短期大学
　学長　武分　祥子　様

受講申込者名　　印

標記研修会について、下記のとおり申し込みます。
（該当するものに〇印）　①　養成校卒業生　　②　実務者研修修了者

<table>
<tr><td>所属事業所名</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">サービス
種　別</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>法人名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>事業所
連絡先</td><td colspan="3">電話
ﾌｧｯｸｽ</td><td>担当者名</td><td></td></tr>
<tr><td>受講者（本人）
の現住所</td><td colspan="5">〒</td></tr>
<tr><td>（ふりがな）
受講者氏名</td><td colspan="5">性別：　男　・　女
（生年月　S　H　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td>現在の
職名</td><td colspan="2"></td><td>保有
資格</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">受講者の
介護の
経験</td><td colspan="2">施設･事業所名</td><td>勤務時
の職種</td><td colspan="2">通算勤務期間
（　〇年　〇か月）</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>研修
コース</td><td colspan="5">受講を希望する研修コースに レ（チェック）をしてください。
☐　第一号研修　喀痰吸引（口腔内･鼻腔内･気管カニューレ内部）、経管栄養（胃ろう又は腸ろう）　経鼻経管栄養
☐　人工呼吸器装着者有（注1）
☐　第二号研修　喀痰吸引（口腔･鼻腔）、経管栄養（胃ろう又は腸ろう･経鼻）のうち1項目以上、4項目以内</td></tr>
<tr><td colspan="2">実地研修施設の確保</td><td colspan="4">所属法人での実施　　可　・　不可</td></tr>
<tr><td rowspan="4">実地研修
施設の状況
（注2）</td><td colspan="3">喀痰吸引の対象者数</td><td colspan="2">経管栄養の対象者数</td></tr>
<tr><td>口腔</td><td>鼻腔</td><td>気管ｶﾆｭｰﾚ</td><td>胃ろう又は
腸ろう</td><td>経鼻経管</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>☐　人工呼吸器</td><td>☐　人工呼吸器</td><td>☐　人工呼吸器</td></tr>
<tr><td colspan="2">実地研修事業所名
（指導を行う予定の看護師名）</td><td colspan="4">（指導看護師：　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">複数申込を行う場合の優先順位</td><td colspan="4">／</td></tr>
</table>

（注１）人工呼吸器装着者に対する研修を選択する者は、実地研修先を自ら確保できる場合に限ります。
（注２）自施設（自法人）の施設等において実地研修を実施する場合は、対象となる利用者数を記載してください。対象者に人工呼吸器装着者がいる場合は、☐にレ（チェック）を入れてください。
＊記入された個人情報は、本学の喀痰吸引等研修に関する書類の発行に利用します。