神奈川県委託「2018年度喀痰吸引等フォローアップ研修事業」

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日（Ｈ　　年　　　月　　　日）

フォロ―アップ研修介護（認定証取得済み介護職員等対象）受講申込書

NPO法人フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会肢体不自由児協会

FAX番号　０４５－３２４－８９８５

〒221-0844　横浜市神奈川区沢渡4番２　神奈川県社会福祉会館

　　☎番号　　０４５－３１１－８７４２

FAXで

お申込み

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 連絡先　住所　☎　FAX | 〒 |
| 施設・事業所名 |  | ☎番号 －　　　　－FAX番号　　 　－　　　　－ |
| 受講生氏名 | ふりがな | ご職業 |  |
|  |
| 取得認定証 | 取得された認定証に〇をつけてください第1号(不特定)　第2号(不特定）第3号(特定) |
| 認定証取得の基本研修を受講された研修機関名 |  |
|  |

○研修に必要です。下記の内容にお応えください。

　①あなたがこの研修で、演習を希望する医療的ケアを教えてください。

　　希望の高い順に、1番から３番までの数字を　(　　)にご記入ください。

　　　　　（　　）口腔内・鼻腔内吸引　　　　（　　）気管カニューレ内吸引

　　　　　（　　）胃ろう・腸ろう　　　　　　（　　）経鼻経管栄養

　②あなたがこの研修で学びたいことは、どんなことでしょうか

○お申込み頂きました方には、申し込み締切日以降に、下記のものを郵送いたします。

①受講受付の通知及び受講料納入の案内　　②ひやりはっと事例の概要ノート用紙