全24障福(５・７・９・１１)特―３

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　2024年度神奈川県委託「介護職員に対する喀痰吸引等研修事業委託」

**【基本研修（講義・演習）、知識獲得確認テスト、実地研修】**

第３号（特定の者対象）研修　第（　　）回　全課程

**研修受講申込書Ⅱ（各受講生用）**　　　　　特定非営利活動法人

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修生氏名  （※注1） | 住　所:〒 | | | | | | | | | |
| ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　） | | | | | | | | | |
| 生年月日・年齢  （※注1） | 昭和　/　平成　　　　年　　　月　　　日生　（　　　）歳 | | | | | | | | | |
| 現在の勤務先 | 法人名 | | |  | | 施設・事業所名 | | |  | |
| 所在地：〒  TEL　　　　　　　　　　　　FAX | | | | | | | | | |
| 現在の職種 | | |  | | | | | | | |
| 今回の研修の  実地研修に  ご協力くださる  利用者名  　及び医行為  ＊修了証に記載しますので正確に記載ください。 | 利用者氏名 | | | | | | 医　行　為 | | | 備　　考 |
|  | | | | | | Ａ．Ｂ．Ｃ．Ｄ．Ｅ | | |  |
|  | | | | | | Ａ．Ｂ．Ｃ．Ｄ．Ｅ | | |  |
|  | | | | | | Ａ．Ｂ．Ｃ．Ｄ．Ｅ | | |  |
|  | | | | | | Ａ．Ｂ．Ｃ．Ｄ．Ｅ | | |  |
| 喀痰吸引：Ａ口腔内のたんの吸引　Ｂ鼻腔内のたんの吸引　Ｃ気管カニューレ内のたんの吸引  経管栄養：Ｄ胃ろう腸ろうからの経管栄養　　Ｅ経鼻経管栄養  ＊利用者が人工呼吸器装着者または半固形の注入の場合は、備考にその旨記載ください | | | | | | | | | |
| 指導講師名 | 氏名 | | |  | | | | 職　名 |  | |
| 所　属 |  | |
| 実地研修実施機関名 | | 事業所名 | | |  | | | | | |

　　　　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

◆ 氏名記入のご注意：

この調書は「修了証」の発行等に使用されます。氏名・生年月日・住所は住民票に則っとり正確に記入して下さい。（※注1）

氏名の漢字については、例えば「斉藤」には「斉」・「斎」・「齋」があり、特に注意してください。住民票と異なる

文字での「修了証」では、認定証の県の申請時に修了証を受領してもらえません。充分ご注意願います。

◆ 受講の期間中に、結婚等で名字が変わった方は必ず届出てください。