**ＦＣＨ275特３(1)―１全**

****

**【基本研修（講義・演習）、知識確認テスト、実地研修】**

**研修受講申込書**平成　　　　　年　　　　月　　　　日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | 施設・事業所名 | |  |
| 代表者名 | |  | | | |
| 施設・事業所住所 | | 〒． | | | |
| 報告責任者名 | |  | | 電話：　　　　　　　　　Fax: | |

**受講生氏名（氏名・生年月日は、住民票に則って記入してください。）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　**/**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講生氏名  (生年月日）西暦・（和暦） | | | **1** | | | **2** | | | **3** | | | **4** | | | **5** | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 利用者氏名  該当する医行為に○印 | | | **1** | **2** | **3** | **1** | **2** | **3** | **1** | **2** | **3** | **1** | **2** | **3** | **1** | **2** | **3** |
| 喀痰吸引 | A口腔内 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B鼻腔内 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| C気管カニューレ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 経管栄養 | D胃ろう・腸ろう | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| E経鼻経管 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 指導講師  (看護師等) | | 氏　名 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 所　属 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 自社職員等 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 他社依頼講師 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 備　　考 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |