県障福Ｈ279特３(2)－１全

神奈川県委託　平成２７年度「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】**

**研修受講申込書(所属用)**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 | 〒． |
| 報告担当者名 |  | 電話：　　　　　　　　　Fax: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講生氏名(生年月日)西暦 | １ | ２ | ３ |
| （　　　　　年　　月　　日） | （　　　　　年　　月　　日） | （　　　　　年　　月　　日） |
| 実地研修協力利用者氏名 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
|  | 利用者の医行為 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 喀痰吸引 | Ａ 口腔内 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｂ 鼻腔内 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｃ 気管カニューレ内部 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 経管栄養 | Ｄ 胃ろう・腸ろう |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｅ 経鼻経管栄養 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指導講師（看護師等） | 氏　名 |  |  |  |
| 所　属 |  |  |  |
| 　該当に○ | 自社職員等講師 |  |  |  |
| 他社依頼講師 |  |  |  |
| 備　考 |  |  |  |  |

受講生氏名（氏名・生年月日は、住民票と同じであること）　　　　　　　（　　　／　　　）

　※　受講生数が多い場合は、この申し込み用紙をコピーして○／○と枚数を記してください。

ＮＰＯ法人　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会