|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講種別を選択  （どちらかに☑を入れてください。） | □基本研修と実地研修を両方受講 | □実地研修のみ受講 |
| 添 付 書 類  （※右記の添付書類は申込の際、  毎回必ず提出してください。） | ・喀痰吸引研修実地研修講師履歴書  （※正看護師免許の写しを添付してください。）  ・損害賠償保険の証書の写し  　（※実地研修における事故等が保証されるもの。） | ・第三号研修（特定の者対象）の基本研修の合格通知書（写）  ・喀痰吸引研修実地研修講師履歴書  （※正看護師免許の写しを添付してください。）  ・損害賠償保険の証書の写し  　（※実地研修における事故等が保証されるもの。）  ・実地研修実施計画書（任意様式） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　属 | | | |
| 事 業 所 名 |  | | |
| 所 在 地 | 〒　　　－ | | |
| 電 話 番 号 |  | FAX番号 |  |
| 事業所管理者 |  | 申込担当者 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講者 | | | |
| ふりがな |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　 名 |  | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生 |
| 住　　所 | 〒　　　－ | | |
| 保有する資格 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 特定の対象者 | | | |
| 利用者氏名 |  | 指導看護師名 |  |
| 行為種別 | * 口腔内の喀痰吸引　　　　　　　□　胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 * 鼻腔内の喀痰吸引　　　　　　　□　経鼻経管栄養 * 気管ｶﾆｭｰﾚ内部の喀痰吸引 | | |
| 住　　所 | 〒　　　－ | | |
| かかりつけ医の承認 | 有　・　無 | 利用者または家族の同意 | 有　・　無 |

＜申込先＞

　　〒960-0261　福島市飯坂町中野字堰場41

　　障害者支援施設　静心園　担当：　総務課　鈴木

　　TEL：024-542-7213　FAX：024-542-96811

　　FAXでの申込の場合は、月～金　8:30～17:30まで