

松本短期大学 喀痰吸引等研修（第一号研修、第二号研修）受講申込書

学校法人 松本学園
松本短期大学
理事長 銭坂 久紀 様

受講申込者名

印

標記の研修について、次のとおり申し込みます。

（該当するものに✓（チェック）をしてください）

介護職員一般 実務者研修修了者

養成校卒業生→（卒業年月 年 月） 松本短期大学 介護福祉学科卒業生は✓（チェック）

所属法人名			サービス種別		
所属事業所名			事業所電話番号		
事業所 住所	〒		事業所 FAX 番号		
ふりがな			生年月日		
受講者名			昭和・平成 年 月 日（ 歳）		
受講者 住所	〒		保有資格 （該当するものに✓）	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
受講者 電話番号					
受講者の 介護の経験	施設・事業所名		職種	通算勤務期間	
	介護通算勤務期間 合計			年 ヶ月	
受講希望研修	※受講を希望する研修に✓（チェック）をしてください。 <input type="checkbox"/> 第1号研修 ・喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部）、経管栄養（胃ろう又は腸ろう）、経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者有 <input type="checkbox"/> 第2号研修 ・喀痰吸引（口腔・鼻腔）、経管栄養（胃ろう又は腸ろう）				
実地研修事業所名					
指導看護師名注1			研修担当者名		
実地研修施設の 状況注2	喀痰吸引 対象者数			経管栄養 対象者数	
	口腔内	鼻腔内	気管カニューレ	胃ろう/腸ろう	経鼻経管
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器		

注1 指導看護師は喀痰吸引等研修指導講習を受講済であることを確認してください。

注2 対象となる利用者様の人数を記載してください。対象者に人工呼吸器装着者がいる場合は、✓（チェック）をしてください。

注3 記入された情報は、本研修に使用させていただきます。