

# 基本研修用

様式②

令和5年度 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修  
(不特定多数の者対象)研修受講申込書(第1号・第2号研修)

年 月 日

下記の者を介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業(不特定多数の者対象)の受講者として推薦し申し込みます。

大阪府社会福祉協議会 大阪福祉人材支援センター所長 殿

法人名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

施設長名 \_\_\_\_\_ 公印

施設住所	〒 _____		
施設電話番号	( ) _____	施設FAX番号	( ) _____
申込担当者名	※研修に関する問い合わせ担当の方のお名前をご記入ください。		
問い合わせ先	TEL ( ) _____	メール アドレス	@ _____
FAX ( ) _____			

<b>【実地研修類型を選択】</b> 1号 ・ 2号	
貴施設において医療的ケアを必要とする人数(申込日現在) _____ 人 (内訳を下記記載)	
① <b>【たんの吸引】</b> ・口腔内 _____人 ・鼻腔内 _____人 ・気管カニューレ内 _____人	② <b>【経管栄養】</b> ・胃ろう _____人 ⇒うち半固形 _____人 ・経鼻経管栄養 _____人
※必要な方のみ	*有に○された施設は、別紙申込書の記入をお願いします
・非侵襲的人工呼吸療法 _____人	*人工呼吸器装着者の利用者がいない場合は、下記の申込は不可
・侵襲的人工呼吸療法 _____人	人工呼吸器装着者 演習希望
	有 ・ 無
下記推薦者の優先順位 ※複数申込の場合、必ず記載 申込 _____人中 _____位	
認定特定行為業務従事者の人数 全介護職員 _____人のうち _____人	

**【研修受講を推薦する者】** ↓ 太枠内、修了証記載事項の為、誤りのないように記載すること

ふりがな			生 年 月 日		
氏 名			昭平	年 月 日( )歳	
自宅住所	〒 _____				
従事している 事業種別 <small>該当するものに○</small>	① 特別養護老人ホーム ② 介護老人保健施設 ③ 有料老人ホーム ④ 認知症高齢者グループホーム ⑤障がい者(児)施設 ⑥ その他( )				
保有資格・免許	ヘルパー1級・2級・初任者研修	実務経験年数(通算)	( )年( )か月		
	介護福祉士( 年度取得)	研修グループ チェック欄	受付No.	決定・不決定	受講No.
	その他資格:				