

喀痰吸引等研修（特定の者を対象とする研修）受講申込書

社会福祉法人パーソナル・アシスタンスとも御中

施設・事業所所在地

種別（※介護保険法、障害者自立支援法等のサービス種別を記入）

施設・事業所名

施設・事業所長名

印

電話番号

FAX

受講希望者を次の通り推薦します

ふりがな		性別	男 女	生年 月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
氏名					
ふりがな					
住所	〒				
連絡先			職種		
身体介護等に関する資格等の有無 ※1	有 ( ) ・ 無		身体介護業務の通算経年数 ※2		年

※1 資格等が有の場合は ( ) 内に資格等の種類（介護福祉士、ホームヘルパー○級、○○研修受講等）を記載する。

※2 経年数は当該年度の4月1日現在とし、1年未満は切り捨てとする。

実地研修 の対象 となる 利用者	1	( ) 浦安市内 ( ) 江戸川区 ・市川市・船橋市	( ) 口腔内の喀痰吸引 ( ) 鼻腔内の喀痰吸引 ( ) 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ( ) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ( ) 経鼻経管栄養 ( ) 人工呼吸器装着者への喀痰吸引
	2	( ) 浦安市内 ( ) 江戸川区 ・市川市・船橋市	( ) 口腔内の喀痰吸引 ( ) 鼻腔内の喀痰吸引 ( ) 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ( ) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ( ) 経鼻経管栄養 ( ) 人工呼吸器装着者への喀痰吸引
	3	( ) 浦安市内 ( ) 江戸川区 ・市川市・船橋市	( ) 口腔内の喀痰吸引 ( ) 鼻腔内の喀痰吸引 ( ) 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ( ) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ( ) 経鼻経管栄養 ( ) 人工呼吸器装着者への喀痰吸引

社会福祉法人パーソナルアシスタンス とも（担当：熊田）

〒279-0022 千葉県浦安市今川1-14-52

TEL 047-304-8808 FAX 047-304-8821