

指導者講習の伝達講習 申込書

1 受講者及びその所属先について

| | | | |
|--------------------------|----------------------------|---------------------|--------------|
| フリガナ | | | |
| 受講者氏名 | 印 | | |
| 生年月日(西暦) | ____年 ____月 ____日生 (____歳) | 性別 | |
| | | ※2019年4月1日現在 男・女 | |
| 資格 | | 免許番号 | |
| 通算臨床経験年数 | ____年 ____か月 | 現在の施設・事業所での 経験年数 | ____年 ____か月 |
| 所属している事業所の設置主体名(法人名) | | 所属している施設名・事業所名 | |
| 事業所所在地 (〒 _____ - _____) | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| 指導する介護職員の氏名 | | | |

2 現在の利用者の状況

※資格証の写しを添付してください。

下記に記載してください。
利用者がいない場合は0人としてください。

| 項目 | | 対象 利用者数 | 人工呼吸器装着者 利用者数 |
|----|--------------------|------------|------------------|
| 1 | 口腔内吸引利用者 | 人 | 人 |
| 2 | 鼻腔内吸引利用者 | 人 | 人 |
| 3 | 気管カニューレ内部 吸引利用者 | 人 | 人 |
| 4 | 経管栄養 胃ろう利用者 | 人 | / |
| | 腸ろう利用者 | 人 | |
| 5 | 経鼻利用者 | 人 | |

※これらの行為を必要とする利用者が現にいて、研修に協力する旨の同意が得られた場合に、実地研修を行うことができます。

指導者講習の伝達講習 申込書

※ 行の高さ、列の幅は変えないこと。

1 受講者及びその所属先について

| | | | |
|----------------------|-------------------------|-----------------|--------------|
| フリガナ | ハチノヘ ハナコ | | |
| 受講者氏名 | 八戸 花子 | | 八印 |
| 生年月日（西暦） | 1970 年 3 月 30 日生（ 49 歳） | | 性別 |
| | ※2019年4月1日現在 | | 男 女 |
| 資格 | 看護師 | 免許番号 | 1265789 |
| 通算臨床経験年数 | 10 年 0 か月 | 現在の施設・事業所での経験年数 | 5 年 3 か月 |
| 所属している事業所の設置主体名（法人名） | | 所属している施設名・事業所名 | |
| 社会福祉法人あおもり会 | | 特別養護老人ホームはちのへ荘 | |
| 事業所所在地（〒 033 - 0031） | | | |
| 八戸市桜町10丁目1-1 | | | |
| 電話番号 | 0178-00-0000 | FAX番号 | 0176-00-0001 |
| 指導する介護職員の氏名 | 青森 五郎 | | |

2 現在の利用者の状況

※資格証の写しを添付してください。

下記に記載してください。
利用者がいない場合は0人としてください。

| 項目 | | 対象利用者数 | 人工呼吸器装着者利用者数 |
|----|----------------|--------|--------------|
| 1 | 口腔内吸引利用者 | 20 人 | 0 人 |
| 2 | 鼻腔内吸引利用者 | 10 人 | 0 人 |
| 3 | 気管カニューレ内部吸引利用者 | 2 人 | 0 人 |
| 4 | 経管栄養 | | / |
| | 胃ろう利用者 | 5 人 | |
| | 腸ろう利用者 | 5 人 | |
| 5 | 経鼻利用者 | 0 人 | |

※これらの行為を必要とする利用者が現にいて、研修に協力する旨の同意が得られた場合に、実地研修を行うことができます。