

(別紙様式3)

平成29年度青森県喀痰吸引等研修(第一号、第二号研修)
指導者講習の伝達講習 申込書

顔写真貼付欄
・3か月以内に撮影
・写真の大きさは、
3cm×2.4cm
・背景のないもの
・貼付したものと同じ
写真(ウラ面に所属名
及び氏名を記載)を
別に1枚提出

1 受講者及びその所属先について

フリガナ				平成 年
受講者氏名				月 撮影
生年月日(西暦)	19 年 月 日生 (歳)			性別
			※平成29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
1 口腔内吸引利用者	人
2 鼻腔内吸引利用者	人
3 気管カニューレ内部 吸引利用者	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。

記載例

平成29年度青森県喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）
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		八戸印
生年月日（西暦）	1970年3月30日生（47歳）		平成29年4月撮影
	※平成29年4月1日現在		性別 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
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みさわ荘	
事業所所在地（〒033-0031）			
三沢市桜町10丁目1-1			
電話番号	0176-53-0000	FAX番号	0176-53-0001
指導する介護職員の氏名	青森 五郎		

顔写真貼付欄

- ・3か月以内に撮影
- ・写真の大きさは、3cm×2.4cm
- ・背景のないもの
- ・貼付したものと同一写真（ウラ面に所属名及び氏名を記載）を別に1枚提出

2 現在の利用者の状況

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。

※資格証の写しを添付してください。

項目	対象利用者数
1 口腔内吸引利用者	20人
2 鼻腔内吸引利用者	10人
3 気管カニューレ内部吸引利用者	2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。