

令和4年度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			
生年月日(西暦)	____年 ____月 ____日生 (____歳)	性別	
	※令和4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 (〒____ー____)			
電話番号		FAX番号	
指導する介護職員等の氏名			

2 現在の利用者の状況

※看護師の資格免許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。

令和4年度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		
生年月日（西暦）	1970 年 3 月 30 日 生（ 49 歳 ）	性別 男 ☐ 女 ☒	
	※令和4年4月1日現在		
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
指導する介護職員等の氏名	青森 五郎		

2 現在の利用者の状況

※看護師の資格免許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	
		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。