令和6年度　喀痰吸引等研修（不特定の対象者）

第1期基本研修免除対象研修受講申込書　　　受講料　10,000円/人

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年齢 |
| 氏　名 |  | 昭和 ・ 平成  年　　　月　　　日 | 歳 |
| 住　所 | 〒 | | |
| 職　種 | １介護職　　２介護福祉士　　３その他（　　　　　　　　） | | |
| 免除となる理由  どちらかにㇾを記入 | □募集要項記載の対象①に該当（学校、実務者研修で医療的ケアの科目を履修した者）  ※添付書類　免除となる理由に該当する証明書の写し  （学校系は28年度以降の卒業者）  □募集要項記載の対象②に該当（手技の追加）  ※添付書類　登録研修機関発行の修了証の写し | | |
| 半固形  演習 | 申込場合はㇾを記入  □胃ろうまたは腸ろうの半固形演習を申し込みます（受講料　3,000円/人）  日時：6月14日（金）午前9時15分～場所：神奈川県社会福祉センター 4階 403号室 | | |
| 【勤務先】 | | | |
| 法人名 |  | | |
| 施設名 |  | | |
| 住　所 | 〒 | | |
| 連絡先 | 電　話：　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：  担当者氏名： | | |
| 施設種別 | １介護老人福祉施設　　２介護老人保健施設　　３認知症対応型共同生活介護  ４特定入居者生活介護　５有料老人ホーム　　　６その他（　　　　　　　　　） | | |
| 実地研修指導看護師  **必ず記入** | １氏　　名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（複数記入可）  ２保有資格　　医師　・　看護師　・　保健師  ３免許番号　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ４指導看護師養成研修受講状況　　　受講機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　修了書番号 | | |
| 実地研修場所 | １自施設で実施  ２同一法人内の施設（事業所）で実施　名称    施設長名(管理者)  ３県の支援事業を利用（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　※県の支援事業については（社）神奈川県高齢者福祉施設協議会事務局までご連絡下さい。 | | |

上記の者が喀痰吸引等研修を受講することを推薦します。

令和6年　　　月　　　日　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　施設名（事業所名）

　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名（管理者）　　　　　　　　　　　　　　　㊞