

令和 年度 第 回

喀痰吸引等（第3号研修） 受講申込書

ふりがな 氏名	性別	生年月日 昭和・平成 年 月 日	介護職経験年数 年 ヶ月
印			
自宅住所 〒	受講票等郵送物の宛先 (☑を記入)		
電話番号 ()	<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送希望		
FAX番号 (無い方は「無し」とご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 勤務先へ郵送希望		
()			
メールアドレス ()			
日中の連絡先 (☑を記入)			
<input type="checkbox"/> 携帯電話 (番号)		<input type="checkbox"/> 勤務先	
資格取得等 (該当する箇所に○を付ける) ※資格証明証を提出すること			
・ 訪問介護職員 (1級・2級・3級)		・ 介護職員基礎研修修了者	
・ 介護福祉士		・ ガイドヘルパー (全身性・視覚障害)	
・ 介護支援専門員		・ その他 ()	
・ 保育士			
第3号研修受講について (☑を記入)			
<input type="checkbox"/> ①初めて受講			
<input type="checkbox"/> ②2回目以降の受講			
基本研修テキストについて (中央法規 出版のものを使用)			
<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (無い場合は当院でご用意します) テキスト代 (税込) 3,080円 (令和2年6月現在)			
賠償責任保険			
<input type="checkbox"/> 事業所で加入している		<input type="checkbox"/> 個人で加入している	
<input type="checkbox"/> 加入していない (※)			
※保険未加入者は、賠償責任保険の加入が必要となります			
実地研修の指導評価の方法について (☑を記入)			
<input type="checkbox"/> 対象者の利用している訪問看護ステーション等と特別な取り決め (金額等を定めた契約等) があり、訪問看護ステーション等の指導看護師等に受講者自身が指導評価の依頼を行いたい			
※訪問看護師等を当法人から派遣する形をとるものとする			
<input type="checkbox"/> 対象者の利用している訪問看護ステーション等の看護師等と連携・協力は得られるが、指導評価が困難な為、当クリニックの講師に指導評価を希望したい。			

【実地研修対象者について】

氏名	実地内容（必要行為に○を付ける）	本人・家族の同意書	医師の指示書	実地研修で看護師等の協力・連携が得られる	対象者居住地（市町村名）
	吸引（口腔・鼻腔・気管切開）	有・無	有・無	有・無	
	吸引 人工呼吸器装着者（口腔・鼻腔・気管切開）				
	経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）				

実地指導協力訪問看護ステーションについて ※看護師免許証を提出してください。

実地研修協力訪問看護ステーション等名
担当指導看護師名（正看護師） ※実務経験が5年以上であること（准看護師は不可）
住所 〒
連絡先

【申込者勤務先について】

法人名（例：社会福祉法人 ○○会など）	
種別（例：介護老人保健施設など）	
勤務先名	
勤務先住所	〒
連絡先	電話： F A X : メールアドレス： 事務担当者様お名前（ご本人の代わりに連絡が取れる方）：

【申込方法】

以下の書類を揃えて、期間内に郵送してください。

- ① 第3号研修 受講申込書
- ② 資格証明書の写し
- ③ 対象者または家族の同意書の写し
- ④ 指導看護師の看護師免許証 ※当クリニックの講師に指導評価を依頼する場合は不要
- ⑤ 賠償責任保険の写し

申込書類送付先・研修に関する問い合わせ先

〒939-8036 富山県富山市高屋敷 65 番地 1

医療法人社団すまいる やまだホームケアクリニック 担当 林・大久保

電話： 076-493-6002 Fax： 076-493-6003

Mail： info@yhomecare.jp

お問い合わせやご質問は、メールにてお願い致します。