2023年度　介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業

**「基本研修：不特定多数の者対象研修」受講申込書　　【　1回目　・　2回目　】**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ご希望の回を〇で囲んでください。

記入日　令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 | 生年月日（西暦） |
| 氏　　名 |  | 年　　月　　日（　　）歳 |
| 連　絡　先 | 自宅電話 |  |
| 携帯電話 |  |
| 自宅住所 | 〒 |
| 勤　務　先 | 法人名施設名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 現在の勤務先（事業種別）該当に○ | １．高齢者施設等①特別養護老人ホーム　②介護老人保健施設　③有料老人ホーム④認知症高齢者グループホーム　⑤その他（　　　　　　　）２．障害者(児)施設等①障害者支援施設　②障害福祉サ－ビス事業所　③福祉型障害児入所施設④障害児通所支援（　　　　　　　）　⑤その他（　　　　　　　） |
| 施設内で、医療的ケアを必要とする人の数（申込日現在） | ①たんの吸引　実　　人 | <合　　計>実人数　　　人 |
| ②経管栄養　　実　　人 |
| 保有資格・免許 | １．介護福祉士　　　　　　　　　　２．介護職員基礎研修課程修了者３．（訪問）介護員養成研修　　級課程修了者４．その他（　　　　　　　　　　　）※医療・教育・福祉系の資格を記入５．資格なし |
| 経験年数 | 実務経験年数（　　　　　）年（　　　　　）か月 |
| 認定特定行為業務従事者（経過措置）の認定証の有無※特養における「１４時間研修」修了者のみ | 有　　・　　無 |
| 実地研修はどこで受講するか、該当のものに○を記入 | 勤務先施設　・未定　・その他（　　　　　　　　） |
| **推　　薦　　書**募集要項および注意事項を確認し、上記の者を「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（不特定多数の者対象研修）」の受講者として推薦します。令和　　年　　月　　日学校法人木村学園トリニティカレッジ出雲医療福祉専門学校　理事長　様事業所名管理者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| ※同一事業所で複数名の受講を申し込みされている場合は、事業所内での優先順位 | 第　　　　位 |