

2024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

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	〒		
	T E L		F A X	
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障害福祉サービス事業所 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	