

# 喀痰吸引等研修（第3号研修－実地研修）受講申込書

社会福祉法人 福祉共生会

〒274-0073 千葉県船橋市田喜野井 2-18-3-201

TEL 047-476-8583 FAX 047-481-8593

記入日 令和 年 月 日

受講者情報			
受講者氏名		性別	男 女
↑住民票記載の文字での記入をお願いします			
生年月日	昭和 平成	年	月 日
受講者住所	〒		
受講者電話番号	— —		
所属事業所名			
事業所住所	〒		
事業所電話番号	— —	事業所 FAX 番号	— —
事業所担当者名			

対象者情報			
対象者氏名			
研 修 実 施 項 目		口腔内の喀痰吸引（通常）	
		口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者：口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）	
		鼻腔内の喀痰吸引（通常）	
		鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者：口鼻マスクまたは鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法）	
		気管カニューレ内部の喀痰吸引（通常）	
		気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者：侵襲的人工呼吸療法）	
		胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下）	
		胃ろうによる経管栄養（半固形タイプ）	
		経鼻経管栄養	
指導訪問看護師名または 訪問看護ステーション名			
住所		〒	
電話番号	— —	FAX 番号	— —

※福祉共生会で初めて実地研修のお申し込みをされる方は、3号基本研修の修了証の控えを提出してください。