

仙台エコー医療療育センター

喀痰吸引等研修事業 基本・実地研修(第1号・第2号) 受講申込書

年 月 日

仙台エコー医療療育センター 院長 殿

仙台エコー医療療育センター喀痰吸引等研修事業 基本・実地研修(第1号・第2号)に申し込みます。

【 受講を申し込む施設長又は事業所の代表者記載欄 】

住 所	〒 TEL FAX	
名 称	法人名 施設名	
代表者職氏名 (施設長名で可)	公印	
担当者職氏名	職名	氏名

【 受講者 】

ふりがな			性別	1 男
氏 名				2 女
生年月日・年齢	大正・昭和・平成 年 月 日生 ( ) 歳			
本人住所	〒 TEL			
施設種別 (該当に○印)	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 訪問看護ステーション      5 訪問介護事業所      6 障害者(児)福祉施設 7 認知症(高齢者)グループホーム 8 その他(具体的に )			
職種・役職等	介護業務に従事した 通算 年月		年 月	
過去年度に基本研修のみ修了され、基本研修の受講証明書が交付され 今回、演習から受講申込される方は、○印して下さい。			( ) 基本研修の 受講証明書あり	
希望する研修項目に○をつけて下さい。 基本研修 ( )      第1号実地研修 ( ) 第2号実地研修    口腔内吸引 ( )    鼻腔内吸引 ( )    気管カニューレ内部 ( ) 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養・滴下 ( ) 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養・半固形 ( )      経鼻経管栄養 ( )				

※上記の個人情報は、本研修以外の目的では使用いたしません。