

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・療育センター理事長 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		
代表者職氏名 (施設長名で可)	公印	
担当者職氏名	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 () 口腔内吸引 () 鼻空内吸引 () 気管カニューレ内部 () 第2号実地研修 () 胃瘻または腸瘻による経管栄養 () 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。