

喀痰吸引等研修重度統合版 受講申請書

社会福祉法人りべるたす

(FAX:043-497-2127)

〒260-0802 千葉県中央区川戸町468番1

【施設・事業所所在地】:〒

【施設・事業所名】

【施設・事業所長名】

印

【電話番号】

【FAX番号】

受講希望者を次の通り推薦します。

受講希望日	平成 年 月 日 ※初日の日にちを入れてください。		
ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	S・H 年 月 日
ふりがな			
住所	〒		
自宅電話		ついている 職業	該当する項目に○をし、記入してください。 ・ヘルパー ・学生 ・その他
携帯電話			
E-MAIL			
介護の対象がすでに決まっている方は、どのような障害(疾病)か、差しさわりのない範囲で教えてください。			

実地研修の対象となる利用者(複数の利用者がある場合は別の紙に書いて添付して下さい)

利用者名	種別(○をつけて下さい)	実地研修を 依頼する訪 問看護ステ ーション名又は指 導看護師名	担当:
	①口腔内の喀痰吸引		
	②鼻腔内の喀痰吸引		
	③気管カニューレ内部の喀痰吸引		
	④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	住所	〒
	⑤経鼻経管栄養		
	⑥人工呼吸器装着への喀痰吸引	TEL	
利用者名	種別(○をつけて下さい)	実地研修を 依頼する訪 問看護ステ ーション名又は指 導看護師名	担当:
	①口腔内の喀痰吸引		
	②鼻腔内の喀痰吸引		
	③気管カニューレ内部の喀痰吸引		
	④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	住所	〒
	⑤経鼻経管栄養		
	⑥人工呼吸器装着への喀痰吸引	TEL	

※必ず原本を提出下さい。(郵送又は研修当日受付へ提出下さい)