

喀痰吸引等研修実地研修受講申請書

〒260-0802 千葉市中央区川戸町468番1

(FAX:043-497-2127)

社会福祉法人りべるたす

実地研修用

【記入日】 年 月 日

Ver1.3

※郵便番号を書き忘れないようお願い致します

研修機関側確認欄	
入金確認	
指示書確認	
同意書確認	
評価表確認	
修了証発行	

【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】

下記について実地研修を申し込みします。 ※氏名は簡略化せず住民票に記載の漢字でお願い致します

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	S・H 年 月 日
住所			

実地研修の対象となる利用者

利用者名(1)	実地予定種別		予定している種別に○を付けて下さい (通常・人工呼吸装着者のどちらか)	実地研修指導 看護師名 又は、訪問看護 ステーション名		
	通常	人工				
			口腔内の喀痰吸引	実地指導する 訪看様の住所	〒	
			鼻腔内の喀痰吸引			
			気管カニューレ内部の喀痰吸引			
			経鼻経管栄養	実地指導する 訪看様のTEL		
		滴下	半固形	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		
利用者名(2)	実地予定種別		予定している種別に○を付けて下さい (通常・人工呼吸装着者のどちらか)	実地研修指導 看護師名 又は、訪問看護 ステーション名		
	通常	人工				
				口腔内の喀痰吸引	実地指導する 訪看様の住所	〒
				鼻腔内の喀痰吸引		
				気管カニューレ内部の喀痰吸引		
			経鼻経管栄養	実地指導する 訪看様のTEL		
		滴下	半固形	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		

※申請時の申込と実際の実地内容に変更が発生した場合はりべるたすへ一報お願い致します。

(“口腔内の喀痰吸引を申し込んでいたが実際はやらなかった”等)

※申請を受け付けた時点で手数料が掛かりますのでご了承ください。

※原本を郵送下さい(急ぎ申込みの場合は先にFAXして下さい)

※基本研修終了証明書のコピーを添付してください。

当研修機関以外を受講した場合は、それに準ずる書類を添付して下さい。